

| | | | | | |
|----|----|----|----|---|------|
| 常務 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 | 公印使用 |
| | | | | | |

医療費証明書交付申請書

千葉県医業健康保険組合 様

「医療費証明書の申請にかかる留意事項」を確認のうえ、以下のとおり医療費証明書を申請いたします。

申請年月日 令和 年 月 日

1. 申請者（被保険者）

| | | | | | | | |
|--------|----------------------------|----|------|-------|---|---|---|
| 被保険者等 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者氏名 | (印) ※自署の場合、押印省略できます。 | | | | | | |
| 住所 | 〒 - - | | | | | | |
| 電話番号 | - - ※日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。 | | | | | | |

2. 交付対象者

(1) 被保険者：被保険者分の交付が不要なときは、こちらに✓を入れてください。



| |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 交付不要 |
|-------------------------------|

(2) 被扶養者：被保険者等記号番号が同じ者で交付を希望する者は、以下の同意欄に氏名を自署してください（未成年者については、被保険者の代筆可能）。

| | | | | | | |
|-----|--|--|------------|--|------------|--|
| 同意欄 | 私は、被保険者が「医療費証明書」の交付申請に係る一切の手続きを行うことに同意します。 | | | | | |
| | 氏名 (自署) | | 氏名 (自署) | | 氏名 (自署) | |
| | 氏名 (自署) | | 氏名 (自署) | | 氏名 (自署) | |

3. 使用目的（□に✓を入れ、その他の（ ）内は具体的な使用目的をご記入ください。）

- ア. 医療費控除 イ. その他（ ）

4. 申請区分（証明を希望する申請区分の□に✓を入れてください。また、その他の年分の証明をご希望の場合は、希望する診療年月をご記入ください。）

| 申請区分 | 診療年月 | 送付時期 |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 令和7年分 (A) | 1～10月診療分(※1) | 1月23日以降、受付順で発送(※2)。 |
| <input type="checkbox"/> 令和7年分 (B) | 1～12月診療分 | 3月24日以降、受付順で発送。 |
| <input type="checkbox"/> その他の年分 (C) | 平成 年 月～令和 年 月 | 一か年分は、受付順で随時発送(※3)。 複数年分は、※4のとおり。 |

【留意事項】

申請区分の令和7年分は、(A)又は(B)のどちらか1つしか選択できません。また、確定申告の期限日（例年：3月15日）に間に合わせたい方は、(A)で申請してください。

- ※1：令和7年11～12月分は、医療機関等からの領収証で確認してください。
- ※2：申請書の提出が1月中旬以降の場合は、交付申請の集中が予想されることから、発送が確定申告期限日過ぎになることもありますので、あらかじめ、ご承知おきください。
- ※3：上記(A)又は(B)に併せて発送。単独のみの場合は受付順で随時発送。
- ※4：複数年分の申請について、12月26日までに当組合着分の申請書は、受付順で随時発送、又は上記(A)又は(B)に併せて発送。12月27日以降に当組合着分の申請書は、3月24日以降、受付順で随時発送。

（ 受 付 印 ）

【送付先】 千葉県医業健康保険組合 医療給付課
〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-10-4
マーキュリー千葉 8階