

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。

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8年分 (A)	1～10月診療分(※1)	1月22日以降、受付順で発送(※2)。
<input type="checkbox"/> 令和8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～平成 年 月 令和 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8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8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25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26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