

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）

被保険者証	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：被保険者証の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
☐ 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)。
☐ 令和7年分 (B)	1～12月診療分	3月24日以降、受付順で発送。
☐ 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。

【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

(受 付 印)