

健康保険 証明書 交付依頼書

		申請日：令和 8 年 7 月 1 1 日			
被 保 険 者 情 報	健康保険の 記号・番号	記号 90	番号 1111 (枝番) 20	事業所の名称	会社名 株式会社 リクルート
	被保険者の 氏名	記号、番号、事業所名称はリクルート健康保険組合加入時の情報をご記入ください			
	被保険者の 住所・電話	〒 100-6640 東京都千代田区丸の内1-9-2 ○○○ 日中連絡が取れる電話番号 TEL 090-○○○○-○○○○			

※健康保険の記号番号、事業所の名称はリクルート健康保険組合加入時の情報をご記入ください。

申 請 内 容	必要証明	☒ 傷病手当金給付証明 ☐ 出産手当金給付証明 ☐ 出産育児一時金給付証明 ☐ その他 必要な証明をご記入ください [必要な証明書をチェックしてください]
	申請理由	協会けんぽ東京支部に傷病手当金の申請をしたところ、以前の健康保険組合での支給実績の証明を求められた為 [具体的に提出先等も分かるようにご記入ください。] ※提出先等が分かるよう具体的にご記入ください。
	必要期間	☐ リクルート健康保険組合加入の全期間 ☒ 令和 6 年 5 月 ～ 令和 7 年 4 月
	必要項目	指定書式 ☐ 有り（指定書式を同封ください。下記項目への回答は不要です） ☒ 無し（下記必要な項目にチェックを入れてください） ☒ 資格取得日、資格喪失日 ☒ 給付 有無 ☒ 支給 期間 ☐ 支給 金額 [必要な項目すべてにをチェックしてください] 【傷病手当金の証明が必要な方は下記もチェックをお願いします】 ☒ 待期期間 ☒ 支給開始日 ☒ 傷病名 [上記以外に必要な項目があればご記入ください] 【その他必要項目があればご記入ください】 []

●証明書の郵送先が上記被保険者住所と異なる場合は、下記へ宛先をご記入ください。

受付日付

証明書送付先 住所	〒 ※実家で表札が異なる場合等は世帯主氏名、病院の場合は、病棟・部屋番号までご記入ください。
--------------	---

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。