療養給付費証明願

山口県市町村職員共済組合　御中

令和　　年　　月　　日

組合員等記号・番号 【　　　　　・　 　　　　　　　】

組合員氏名 【　 　　　　　　　　　　　　　】

日中の連絡先　 【 　　　　　　　　　　　　　　】

１. 使用目的【該当項目に✔を入れ、必要に応じて詳細を記入】

　　□　確定申告のため

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２. 証明対象期間【希望する項目に✔を入れ、必要に応じて詳細を記入】

・令和６年【いずれか一つを選択】

⇒　□　１月～10月診療分（令和７年１月下旬発送）

□　１月～11月診療分（令和７年２月下旬発送）

□　期間指定（令和６年　　月～　　月診療分）

※　令和６年12月診療分の証明が発行できるのは令和７年３月下旬以降です。

　　確定申告の際にはお手元の領収書をご使用ください。

・その他の期間【複数選択可】

⇒　□　令和５年分（１～12月診療分）

□　令和４年分（１～12月診療分）

□　令和３年分（１～12月診療分）

□　令和２年分（１～12月診療分）

□　期間指定（　　年　　月～　　年　　月診療分）

申請をされる方は必ずお読みください

①組合員および被扶養者全員を対象とした証明となります。個人ごとの証明はできません。

②証明書の発送は、希望する全期間の証明が準備できた後に行います（共済組合へ受診情報が到着し証明できるようになるまで、最終受診月から３か月以上かかります。）。

共済組合へ登録されている組合員住所へ普通郵便で送付しますが、到着までに一週間程度かかる場合があります。

③福祉医療の適用を受けた場合や、新型コロナウィルス感染症等により公費の適用を受けたときは、自己負担額が正しく表示されない場合があります。この場合の確定申告の方法は税務署へご相談ください。

【問い合わせ先】　山口県市町村職員共済組合　保険課　医療担当　083-925-6142