

給与控除医療費受領証明書発行依頼書
(健康開発センター受診分)

みずほ健康保険組合 御中

記入見本

※太枠内について全てご記入ください。

提出日		令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日				
被保険者等	記号	○○○○	番号	○○○○○○○		
被保険者氏名	みずほ 太郎					
行内メール番号 <small>※行内メール番号がある場合は正確に記入してください</small>	1	5	0	0	0	0
	気付・建屋名:		○○○○ビル			
事業所名称 (会社名)	(株)○○○○○○○					
所属部室店	○○○○部					
電話(日中の連絡先電話番号)	○○-○○○○-○○○○					

返信用封筒がない場合は、所属先に送付します。
「行内メール番号」「気付先・建屋名」「部署名」がある場合は正確にご記入ください。
記載がない場合は、発送が遅れますのでご注意ください。

【注意事項】

- ◎ 証明書の期間は給与からの控除ベース(診療月は11月から翌年10月)となっています。
給与からの控除は診療月から2ヵ月後です。
- ◎ 証明書は1月下旬から随時発送します。
- ◎ 証明書は所属先へ送付いたします。「気付先・建屋名」「部署名」がある場合は正確にご記入ください。
記載がない場合は発送が遅れますのでご注意ください。
- ◎ 自宅等への送付希望の場合は、返信用封筒(切手貼付・宛名記載)を同封してください。

【送付先】

- ・ 社内便 → 行内メール番号:150000 大手町本部ビル24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
- ・ 郵便 → 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛

受付印

みずほ健康保険組合処理欄		確認印	備考
出力日	令和 年 月 日		
発送日	令和 年 月 日		

(給付17 2024.12)