

各種証明書の申請手続きについて

1. 申請する条件

- (1) 国民健康保険、他の健康保険に加入する等、資格喪失していることの証明が必要な場合
- (2) **確定申告の社会保険料控除に使用する、保険料納入証明書（1月～12月納付分）は、毎年1月10日頃お送りしていますが、事前の発行希望や再交付等の申請が必要な場合**
- (3) 出産育児一時金等の保険給付を当健康保険組合で支給していないことの証明が必要な場合
- (4) 乳幼児医療費受給資格を手続きする場合、当健康保険組合の証明が必要な場合

(1)～(4)以外の理由で、当健康保険組合の関する証明が必要な場合等

※保険給付金の支払証明については、『医療費のお知らせ』をご利用ください。

※合算高額療養費の按分計算の結果が必要な場合など特別な場合のみご申請ください。

《医療費のお知らせの確認方法》

- ① 「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書」を該当者に毎月20日以降に送付します。
保険給付金の支給は受診した月から3ヶ月以降の月末になります。
特退・任継の方には保険料引落口座に振込となります。

- ② 「ヘルスアップF@amily」での「医療費のお知らせ」
(2021.1月診療分以降分より閲覧可能)
※被扶養者の方を含め加入者ならどなたでもスマホアプリやPCでいつでもどこでも確認できるWebサービスです。

<https://kenpo.jp.fujitsu.com/information/2021/50.html>

[4. 「医療費のお知らせ」閲覧方法] を参照のうえ、ご確認ください。

2. 申請方法

必要事項を記入のうえ、申請してください。

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

3. 送付先

〒211-0063

神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3 ユニオンビル4階

富士通健康保険組合 特例退職または任意継続担当 宛

以 上

証明書発行願

	健保組合	課長		主査		担当者	
記号一番号	特例退職者医療制度	9001	—	●●●●●●●●			
	任意継続被保険者制度	1851	—				
被保険者氏名	フリガナ	フジ	ミチオ	性別	○男・女		
		富士	道男				
生年月日	昭和・平成	●	押印は不要です。		日		
証明対象者	フリガナ	フジ	ミチコ				
		富士	道子				
提出先	●●●●市役所		(指定用紙: 有・○無)		※指定用紙がある場合は本用紙と併せて送付してください。		
使用目的	国民健康保険に加入するため						
部数	1部						
<input type="radio"/>	資格喪失証明書 (被保険者・被扶養者)						
<input type="checkbox"/>	保険料納入証明書 (1月の自動交付以外で必要な場合・再交付)						
<input type="checkbox"/>	出産育児一時金不支給証明書						
<input type="checkbox"/>	保険給付金支払証明書 診療年月 (年 月) 医療機関名 ()						
<input type="checkbox"/>	その他 () 証明書の名称を記載してください。						
富士通健康保険組合 御中 上記のとおり、証明書を発行していただきたく、よろしく願いいたします。 ●●●● 年 ● 月 ● 日 〒●●●●-●●●● 住 所: 神奈川県川崎市中原区小杉町●-●-● 被保険者 電話番号: ●●●●-●●●●-●●●● 氏 名: 富士 道男							

健保使用欄	証回収	喪失日	喪失理由
	回収済(保・資格) 未回収 紛失・回収不能	年 月 日	期間満了・就職 未納喪失・死亡

証明書発行願

	健保組合	課長		主査		担当者	
記号一番号	特例退職者医療制度	9001	—				
	任意継続被保険者制度	1851	—				
被保険者氏名	フリガナ			性別	男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日						
証明対象者	フリガナ						
提出先	(指定用紙： 有 ・ 無) ※指定用紙がある場合は本用紙と併せて送付してください。						
使用目的							
部 数	部						
	資格喪失証明書 (被保険者・被扶養者)						
	保険料納入証明書 (1月の自動交付以外で必要な場合・再交付)						
	出産育児一時金不支給証明書						
	保険給付金支払証明書 診療年月 (年 月) 医療機関名 ()						
	その他 () 証明書の名称を記載してください。						
富士通健康保険組合 御中 上記のとおり、証明書を発行していただきたく、よろしく願いいたします。 年 月 日 干 住所： 被保険者 電話番号： 氏 名：							

健保使用欄	証 回 収	喪 失 日	喪 失 理 由
	回収済 (保・資格) 未回収 紛失・回収不能	年 月 日	期間満了・就職 未納喪失・死亡