令和　　年　　月　　日

医　師　　殿

組合員　住所
氏名

保健給付に係る証明について（依頼）

埼玉県市町村職員共済組合へ、療養費（家族療養費）を請求するにあたり、必要がありますので、次のとおり証明してください。

<table>
<tr><td colspan="6">保 健 給 付 に 係 る 証 明 書</td></tr>
<tr><td colspan="2">組合員証記号番号</td><td>－</td><td>所属所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">療養者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>組合員との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="2"></td><td>性　　別</td><td>男　　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">傷　病　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療材料</td><td>材　料　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>必要とした 理 由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
令和　　年　　月　　日

住　所
療養担当者　名　称
氏　名</td></tr>
</table>

〔組合員の心得〕１．コルセット等治療材料代を請求する場合、当該領収書とともに療養費（家族療養費）請求書に添えてください。

２．本書を保健給付の請求以外に使用する場合は、証明料を徴されることがあります。