

# 短期給付額等証明願

医療費額、自己負担額にかかる還付額等の通知書を希望する場合

- 証明対象者は世帯全員となります。  
また、記載されている自己負担額は、端数処理の関係上、実際医療機関で支払った金額とは異なることがあります。

**短期給付額等証明願**

いずれかに○を付けてください

下記により発行いただきますようお願いします。

**【使用目的】**

1. 確定申告のため
2. 福祉医療費助成申請のため
3. その他 ( )

**【証明内容】**

1. 医療費又は自己負担額に対する還付金の場合  
平成 年 月 診療から平成 年 月 診療分まで
2. 装具の作成等の給付の場合 (例: 〇〇年〇〇月に作成したコルセット)  
( )

**【通知書の送付先】**

1. 自宅 (下記住所)
2. その他 ( )

**【希望部数】** ( ) 部

記入してください

---

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

組合員証記号番号 ( - )  
 〒 -  
 住所  
 (組合員)  
 氏名

---

**【注意事項】**

証明対象者は世帯全員となります。  
また、記載されている自己負担額は、端数処理の関係上、実際医療機関で支払った金額とは異なることがあります。

決 裁 年 月 日						受付年月日
課長	課長補佐	係長	主査	主任	係	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
証明番号・年月日		岐共保発第 17 - 号				
発送日		平成 年 月 日				