

(様式 ②)  
(Form ②)

自己負担額証明書交付申請書（高額介護合算用）  
Application Form for Issuance of Copayment Certificate (High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses)

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・L Leader	担当者 In charge

		(保険者記入欄) (To be filled out by the Society)		支給申請書整理番号			
申請対象年度 Fiscal year of application	FY	年度	対象となる計算期間 Period on which calculations for the application are based	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)		枚中 Total number of pages	枚目 This page
申請者氏名 Applicant name							
生年月日 Date of birth (Y/M/D)		年 / 月 / 日 生	性別 Gender				
被保険者記号・番号 Insured person code and no.							
加入期間 Membership period		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2 Name of your health insurance society as of the last day of the calculation period *2				

被扶養者氏名 Dependent name					
生年月日 Date of birth (Y/M/D)		年 / 月 / 日 生	性別 Gender		
加入期間 Membership period		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)			

被扶養者氏名 Dependent name					
生年月日 Date of birth (Y/M/D)		年 / 月 / 日 生	性別 Gender		
加入期間 Membership period		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)			

備考 Notes	
-------------	--

申請年月日 Application date (Y/M/D):		年 / 月 / 日
武田薬品健康保険組合理事長 殿 To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society		
自己負担額証明書の交付を申請します。 I request issuance of a copayment certificate.		郵便番号/Postal code 住所/Address 申請者氏名/Applicant name 電話番号/Tel.

ご記入上の注意事項

- 被扶養者に係る記入欄について  
当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。
- 返信先を記入した封筒を添付し、申請してください。

Notes on filling out this form:

- When filling out this form for dependents  
Fill out only for persons who were dependents during the period covered by the certificate.
- Attach a self-addressed return envelope when applying.

健保処理欄 For Society use	
給付金計算入力	
関係保険者への計算書送付	