

記入例/ Example of completed form

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。



Check each of the check boxes before submitting the application form.



申請対象年度は「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載することになります。
As the fiscal year of the application, enter the year that includes the start date for the period shown under "Period on which calculations for the application are based."

(様式 ②)
(Form 2)

自己負担額証明書 Application Form for Issuance of Copayment Certificate

対象となる計算期間は8月1日から、翌年7月31日以前の精算対象者の資格喪失日の前日までとしてください。
Enter a calculation period from August 1 through the day before the date of loss of eligibility of the person subject to calculation. This date can be no later than July 31 of the following year.

(高額介護合算用) Most Long-Term Care Combined Medical Expenses

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。
Leave this space blank. It is for use by the Society.

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。
Enter the total number of pages and the number of the current page if the application requires more than one page.

申請対象年度 Fiscal year of application	年度 FY ○○○○	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 2016 / 8 / 1 (Y/M/D) to 2017 / 7 / 31 (Y/M/D)	支給申請書整理番号 2	枚数 Total number of pages 1	枚目 This page 1
--------------------------------------	---------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------	----------------------------------	----------------------

申請者氏名 Applicant name	Taro Kempo					
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	性別 Gender	M			
被保険者記号・番号 Insured person code and no.	1 2 3 - 4 5 6 7					
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 1990 / 4 / 1 (Y/M/D) to 2009 / 4 / 1 (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}	Food Products Federation Health Insurance Society			

被扶養者に係る記入欄が足りない場合（対象被扶養者が3人以上の場合は、2枚目以降に記入してください）。
If you do not have enough space to enter dependent information (i.e., if the number of subject dependents is three or more), continue on page 2 or subsequent pages.

被扶養者氏名 Dependent name	Matsuko Kempo					
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	性別 Gender	F			
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 1990 / 4 / 1 (Y/M/D) to 2009 / 4 / 1 (Y/M/D)					

被扶養者氏名 Dependent name	Umetaro Kempo					
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日	性別 Gender	M			
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 1990 / 4 / 1 (Y/M/D) to 2009 / 4 / 1 (Y/M/D)					

備考 Notes						
-------------	--	--	--	--	--	--

計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合は記入不要です。
また記入にあたっては実在する正式な保険者名を記入してください。
When filling this out, enter the official name of the insurer as it currently exists.

申請年月日 Application date (Y/M/D):	年 月 日	2017 / 11 / 1
武田薬品健康保険組合理事長 殿 To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society	郵便番号/Postal code 住所/Address	5 6 7 - 0 0 0 0 1-1 ___-cho, ___-ku, ___
自己負担額証明書の交付を申請します。 I request issuance of a copayment certificate.	申請者氏名/Applicant name	Taro Kempo
	電話番号/Tel.	999 (9999) -9999