

記入例

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。



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。

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。

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。



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。

(様式 ②)

自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成/令和 ○○ 年度	対象となる計算期間	平成/令和○年○月○日から平成/令和○年○月○日まで	2	枚中	1	枚目
--------	-------------	-----------	----------------------------	---	----	---	----

フリガナ	ケンポ タロウ		
申請者氏名	健保 太郎		
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生	性別	
被保険者証の記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7		
加入期間	平成/令和○年○月○日から 平成/令和○年○月○日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2	○○食品連合健康保険組合



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。)

フリガナ	ケンポ マツコ		
被扶養者氏名	健保 松子		
生年月日	昭和○年 ○ 月 ○ 日 生	性別	女
加入期間	平成/令和○年○月○日から 平成/令和○年○月○日まで		

フリガナ	ケンポ ウメタロウ		
被扶養者氏名	健保 梅太郎		
生年月日	昭和○年 ○ 月 ○ 日 生	性別	男
加入期間	平成/令和○年○月○日から 平成/令和○年○月○日まで		

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。

備考	
----	--

武田薬品健康保険組合理事長 殿	申請年月日 令和○年 ○月 ○日
自己負担額証明書の交付を申請します。	郵便番号 567-0000 住所 ○○市○○区××町1-1 申請者氏名 健保 太郎 電話番号 999(9999)-9999