

自己負担額証明書交付申請書

常務理事	事務長	課長・L	担当者

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 年度	対象となる計算期間	年 月 日から	年 月 日まで		枚中	枚目
フリガナ							
申請者氏名							
生年月日	年 月 日生	性別					
被保険者証の記号・番号							
加入期間	年 月 日から	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				

フリガナ							
被扶養者氏名							
生年月日	年 月 日生	性別					
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで					

フリガナ							
被扶養者氏名							
生年月日	年 月 日生	性別					
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで					

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--

武田薬品健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日					
自己負担額証明書の交付を申請します。			郵便番号				
			住所				
			申請者氏名				印
			電話番号				

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。

健保処理欄	
給付金計算入力	
関係保険者への計算書送付	