

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。
ただし、平成21年7月以前の療養等にかかる申請をする場合、平成20年4月1日から、21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)

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 ○○ 年度	対象となる計算期間	平成20年4月1日から平成21年3月31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	男					
被保険者証の記号・番号	123-4567							
加入期間	平成2年4月1日から平成21年4月1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2年4月1日から平成21年4月1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2年4月1日から平成21年4月1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	平成21年 11月 1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	〇〇市〇〇区××町1-1
	申請者氏名	健保 太郎
	電話番号	999(9999)-9999

押印してください。