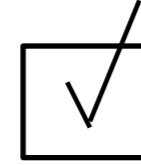


記入例

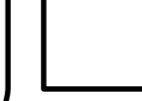
申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。



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させていただきます。

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。添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。

(様式 ①)

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 計算期間の始期及び終期 平成29年8月1日から 平成30年7月31日まで 2 枚中 1 枚目

フリガナ	ケンポ タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	健保 太郎			1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生	性別	男	2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 2 年 4 月 1 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 *2		

フリガナ	ケンポ マツコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 松子			1	平成29年7月1日から 平成30年3月1日まで	1 2 3 - 4 5 6 7 8 9
生年月日	昭和○年 ○ 月 ○ 日 生	性別	女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成30年4月1日から 年 月 日まで			3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	ケンポ ウメタロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 梅太郎			1	平成29年7月1日から 平成30年3月1日まで	9 2 3 - 5 5 6 7 8 9
生年月日	昭和○年 ○ 月 ○ 日 生	性別	男	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成30年4月1日から 年 月 日まで			3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考
備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(夫々の者について「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入していた履歴があれば記入してください。加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。ただし、武田健保加入期間中の証明書添付は不要です。「添付省略」とお書き下さい。加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。

申請者の加入履歴欄や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・保険者加入履歴が4か所以上の場合)は、2枚目以降に記入してください。

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(夫々の者について「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

武田薬品健康 武田薬品健康保険組合理事長 殿

申請年月日 平成○○年○月 ○日

①外来年間合算の支給を申請します。 * 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②を○で囲んで下さい 郵便番号 567-0000

②自己負担額証明書の交付を申請します。 * 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを○で囲んで下さい 住所 ○○市○○区××町1-1

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委託します。 申請者氏名 健保 太郎 (健保)

(但し、任継継続者は直接払い(振込)となります。) 電話番号 999(9999)-9999

押印してください。