

窓空宛名

〇〇市国民健康保険 高額介護合算療養費 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏 名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
被保険者記号		被保険者番号	
対象となる計算期間	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
合計			
年 月 日 000-0000 (所在地) 〇〇市1丁目2番3号 〇〇市長 〇〇 〇〇			

印

【保険者連絡用】

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000  
(計算結果送付先)  
〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000