

窓空宛名

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）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							
申請者氏名							
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				～			
計算期間において世帯主（組合員）であった期間				～			
診療年月							
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) ○○市1丁目2番3号 <div>○○市長 ○○ ○○</div> <div>印</div>							

【保険者連絡用】

問合せ先 〒000-0000 ○○市1丁目2番3号 ○○課 電話番号：000-000-0000 (計算結果送付先) 〒000-0000 ○○市1丁目2番3号 ○○ ○○ 電話番号：000-000-0000

※自己負担額欄には、現役並み取得区分であった期間は記載せず、摘要欄に「現役並み」と記載する。
※自己負担額欄には、地方単独公費に係る負担額を被保険者が負担したものと見なした額を記載する。