

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			
1 0 月分			
1 1 月分			
1 2 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