

【70歳以上限定】

健康保険 自己負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	_____ 年度	計算期間の始期及び終期	年 8月 1日 から 年 7月 31日 まで			枚中		枚目
フリガナ				保険者加入歴 ※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
被保険者氏名					1		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別			2	記入不要		
被保険者等の記号・番号					3			
電話番号					7月31日において加入する健康保険		名称	
						連絡先		

フリガナ				保険者加入歴 ※3	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					1		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別			2	記入不要		
加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		3		年 月 日 から 年 月 日 まで			
					7月31日において加入する健康保険		名称	
						連絡先		

【自己負担額証明書の交付申請について】

- (1) 70歳以上の方が対象となります。
- (2) 計算期間は前年の8月1日から今年の7月31日までの1年間です。
- (3) 計算期間内に電通健康保険組合の保険証で医療機関にかかれたことがある場合、証明書交付の対象となります。
- (4) 太枠内に必要事項をご記入ください。
- (5) 右下の証明書送付先欄に、証明書を送付する郵便番号、住所、氏名をご記入ください。

※返信する際、封筒に貼りつけますのでお間違いないようご注意ください。

電通健康保険組合 理事長 殿	証明書送付先
申請年月日 年 月 日	郵便番号 _____
郵便番号 _____	住所 _____
住所 _____	氏名 _____
被保険者氏名 _____	