

国民健康保険自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
被保険者証記号		被保険者証番号	
対象となる計算期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
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			
計			
年 月 日			
住所 宮崎県北諸県郡三股町五本松 1 番地 1			
三股町長			印

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

〒889-1995

住所 宮崎県北諸県郡三股町五本松 1 番地 1

三股町役場 町民保健課

電話番号 0986-52-1111

(計算結果送付先)

住所