

第6号様式

国民健康保険による療養に要した費用の被保険者負担額証明申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 大田区長

申請者 〔窓口に来た人〕	住所 (現住所)	
	フリガナ	電話番号
	氏名	

※転出している場合は、転出先のご住所をご記入ください。

※代理人(同一世帯でない方)が申請する場合、証明を受ける方からの委任状と本人確認書類が必要です。

下記の者につき、国民健康保険による療養に要した費用の被保険者負担額証明書の交付申請をします。

世帯主	住所	同上	大田区	
	氏名	同上 (世帯主)	生年月日 年 月 日	
証明を受ける方	氏名	世帯主との続柄	生年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
必要な証明期間	年 月から 年 月までの診療分			
証明書種別	年ごと ・ 月ごと ・ 医療機関ごと			
申請理由	1 税務署へ提出 2 勤務先へ提出 3 その他 ()			
必要枚数	枚	※証明書手数料は1枚300円です。		

申請時には次の本人確認書類を提示してください。 保険証・運転免許証・旅券・在留カード・個人番号カード・その他 ()

※区処理欄

記号番号 —	国保給付係		管理係		課長
	係員	係長	係員	係長	
証明書発行番号 No.					
証明手数料 件 円					