

所得区分証明書交付申請書

(あて先) 高崎市長

年 月 日

住 所 :

世帯主名 :

来庁者名 :

(世帯主との関係 :)

電話番号 :

高額療養費外来年間合算の申請にあたり、年度(年 月診療分から 年 月診療分まで)に支払った医療費が記載されている自己負担額証明書を加入していた前保険者に発行を依頼したため、下記の者の外来年間合算計算基準日時点の所得区分がわかる証明書の交付を申請します。

記

対象被保険者名 : _____ 生年月日 : _____

対象被保険者名 : _____ 生年月日 : _____

対象被保険者名 : _____ 生年月日 : _____

対象被保険者名 : _____ 生年月日 : _____

対象被保険者名 : _____ 生年月日 : _____

記受
入付
欄者

【本人確認】 個人番号カード 運転免許証 保険証

【代理権】 保険証 委任状