

伺	下記のとおり決定してよろしいか お伺いたします。	決 裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

### 自己負担額証明書交付申請書

組 合 員 証 記 号 番 号	100 — 8888	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎		所 属 所 名	〇 〇 〇
組 合 員 生 年 月 日	昭 和 〇 年 〇 月 〇 日	計 算 期 間	自 令 和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令 和 〇 年 〇 月 〇 日			
(注1) 共 済 組 合 加 入 期 間	自 令 和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令 和 〇 年 〇 月 〇 日	計 算 期 間 末 日 の 加 入 医 療 保 険 者 名	〇〇市国保			
(注2) 被 扶 養 者 氏 名	共 済 梅 子	生 年 月 日	昭 和 〇 年 〇 月 〇 日			
被 扶 養 者 氏 名	共 済 花 子	生 年 月 日	平 成 〇 年 〇 月 〇 日			
被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
<p>上記のとおり自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>山形県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 請求者 住 所 氏 名 共 済 太 郎</p>						
<p>上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>所属所長 職 名 〇 〇 市 長 氏 名 〇 〇 〇 〇</p>						

所属所  
受付印

(注1) 計算期間内の共済組合加入期間を記入してください。

(注2) 共済組合加入期間中に被扶養者であった方をすべて記入してください。