

保 険 者	

後期高齢者医療 高額療養費（外来年間合算）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	年度		
被保険者番号				
対象となる計算期間				
計算期間において被保険者であった期間				
診療年月	自己負担額	/	摘要	
計				

※自己負担額については、負担割合が1割である外来の自己負担額を月ごとに合算し、高額療養費の支給額を差し引いて計算しています。

◆問い合わせ先

〒
住 所

電話番号