

基準日時点で他医療保険者に加入している方 【記入見本】

全板国保に加入していた当時の記号・番号をご記入ください。
 アミカケの箇所をご記入ください。

記号・番号

対象年度: 令和〇年度 計算期間: 〇年8月1日から〇年7月31日まで

申請対象年度	令和〇年度	計算期間の始期及び終期	〇年8月1日から 〇年7月31日まで	枚中	枚目
--------	-------	-------------	--------------------	----	----

フリガナ	バンキン タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
組合員氏名	板金 太郎			1	年 月 日から 年 月 日まで	/
生年月日	昭和22年 5 月 1 日生	性別	男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号	1 * 3 * 5 * 7 * 9 * 1 *			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成20年10月1日から令和元年11月30日まで			※1	〇〇〇健康保険組合	

フリガナ	バンキン ハナコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
家族氏名	板金 花子			1	年 月 日から 年 月 日まで	/
生年月日	昭和20年 9 月 1 日生	性別	男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号	2 * 4 * 6 * 8 * 0 * 2 *			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成20年10月1日から令和元年11月30日まで			※3	基準日(7月31日)時点で加入している保険者名 をご記入ください。	

フリガナ				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
家族氏名				1	年 月 日から 年 月 日まで	/
生年月日	年 月 日生	性別	男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号				3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで			※3		

備考 加入期間中の受診歴(受診した年月)を分かる範囲でご記入ください。
 (例)板金 太郎 〇年10月、11月受診

- ① 年間の高額療養費を申請します(現在全板国保に資格がある方はこちらを○で囲んでください)。
- ② 自己負担額証明書と年間の高額療養費を申請します(現在全板国保の資格を喪失している方はこちらを○で囲んでください)。

全国板金業国民健康保険組合 理事長 殿

組合員が申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

■申請者[組合員]

〒100-1001 電話番号 (03) 1234-5678

住所 東京都 港区 三田1-3-37

フリガナ バンキン タロウ 個人番号 1 * 3 * 5 * 7 * 9 * 1 *

氏名 板金 太郎

- 注意事項
1. 個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された12ケタの番号を記入してください。
 2. 申請する時は本紙に必要書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒189-0073 電話番号 (03) 3453-8404

住所 東京都 港区 三田1-1-1

事業所名 夢板金工業 事業主名 屋根 登