

様

身延町介護保険自己負担額証明書

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	
被保険者証記号		被保険者証番号	
対象となる計算期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
計			
年 月 日			
身延町長			印

問い合わせ先

身延町役場

電話番号

(計算結果送付先)

〒

ー