伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	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

組合員等 記号番号	100　―　9999	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市

組 合 員 生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日	計算期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日
(※1) 共済組合 加入期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日	計算期間末日の 加入医療保険者名	○○市国民健康保険

(※2) 被扶養者氏名	共済　梅子	生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日
被扶養者氏名	共済　花子	生年月日	平成　○　年　○　月　○　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

上記のとおり自己負担額証明書の交付を申請します。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　○　年　○　月　○　日

請求者
〒　○○○　－　○○○○
住　所　○○市○○町○－○－○
氏　名　共済　太郎

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　○　年　○　月　○　日

所属所
受付印

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

※1　計算期間内の共済組合加入期間を記入してください。　(R7.4.1)
※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。