

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年 月 日 から 年 月 日まで	枚中	枚目
--------	----	-----------	------------------	----	----

フリガナ					保険者加入歴 ※1	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者氏名						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			
被保険者証	(記号)	(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				計算期間末日において加入する医療保険者の名称 ※2								
振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号			フリガナ				
					普通・当座・貯蓄				口座名義人				

フリガナ					保険者加入歴 ※3	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名						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			
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで					3				年 月 日から 年 月 日まで			

フリガナ					保険者加入歴 ※3	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名						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			
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで					3				年 月 日から 年 月 日まで			

備考												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。	郵便番号	〒
<input type="checkbox"/> 自己負担証明書の交付を申請します。	住所	
	申請者氏名	
	電話番号	

常務理事	事務長	担当

健保受付