

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						
被保険者等 記号・番号	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													健保受付	
☐ 高額介護合算療養費の支給を申請します。										郵便番号 〒										常務理事			事務長	
☐ 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														

--	--	--

健保受付	