

# 高額介護合算療養費の申請の場合

## 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

申請書が複数あるときは、何枚中何枚目と記入して下さい。

申請対象年度	平成 29 年度	対象となる計算期間	平成29年 8 月 1 日から平成30年 7 月 31 日まで	1 枚中	1 枚目
--------	----------	-----------	---------------------------------	------	------

フリガナ	ケンポ 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	
申請者氏名	健 保 太 郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	上記の計算期間内に他の医療保険者へ加入した期間がある方のみ記入して下さい	
生年月日	昭和 ×× 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 1 番号 999999	3	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成29年 8 月 1 日から平成30年 7 月 31 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		記入不要	
振込口座記入欄	×××× 銀行 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
		1 2 3	普通・当座・貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ
					口座名義人 健 保 太 郎

フリガナ	ケンポ 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
被扶養者氏名	健 保 華 子	1	年 月 日から 年 月 日まで	上記の計算期間内に他の医療保険者へ加入した期間がある方のみ記入して下さい
生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日生 性別 男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成29年 8 月 1 日から平成30年 7 月 31 日まで	3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	ケンポ イチロウ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健 保 一 郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	上記の計算期間内に他の医療保険者へ加入した期間がある方のみ記入して下さい
生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日生 性別 男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成29年 8 月 1 日から平成30年 7 月 31 日まで	3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考  
 太郎 ⇒ H29年6月、7月、8月、9月  
 華子 ⇒ H29年6月、7月、8月、9月、H30年1月、2月  
 一郎 ⇒ H29年6月、7月

申請者および被扶養者について、三菱重工健保加入期間の合算対象となる受診歴(受診した年月)を記入して下さい。

(当健保へ加入されていた期間を記入して下さい。現在も継続して加入されている方は、取得日もしくは認定日を記入して下さい。)

健康保険組合理事長 殿	申請年月日	R1 年 5 月 1 日
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 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"/> 2. 自己負担証明書の交付を申請します。	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
	申請者氏名	健 保 太 郎
	電話番号	△△△-▲▲▲-△△△△

1のみチェックを付ける。

常務理事	事務長	担当

健保受付

# 高額介護合算療養費＋自己負担額証明書の申請の場合

## 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

申請書が複数あるときは、何枚中何枚目と記入して下さい。

正確な保険者名を記入して下さい。

申請対象年度	平成 29 年度	対象となる計算期間	平成29年 8 月 1 日から平成30年 7 月 31 日まで	1 枚中	1 枚目
--------	----------	-----------	---------------------------------	------	------

フリガナ	ケンボ 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
申請者氏名	健保 太郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ×× 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 1 番号 999999	3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 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		〇〇〇〇健康保険組合
振込口座記入欄	×××× 銀行 金融機関コード ××× 本店 支店 出張所	店舗コード 1 2 3	種目 普通・当座・貯蓄	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
		フリガナ	ケンボ タロウ	口座名義人
			健保 太郎	

フリガナ	ケンボ 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
被扶養者氏名	健保 華子	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生 性別 男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 日まで	3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	ケンボ イチロウ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 一郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生 性別 男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 日まで	3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考	太郎 ⇒ H29年6月、7月、8月、9月 華子 ⇒ H29年6月、7月、8月、9月、H30年1月、2月 一郎 ⇒ H29年6月、7月	申請者および被扶養者について、三菱重工健保加入期間の合算対象となる受診歴(受診した年月)を記入して下さい。
----	--	---

健康保険組合理事長 殿	申請年月日 R1 年 5 月 1 日
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 高額介護合算療養費の支給を申請します。	郵便番号 〒 ×××-××××
<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自己負担証明書の交付を申請します。	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
	申請者氏名 健保 太郎
	電話番号 △△△-▲▲▲-△△△△

常務理事	事務長	担当

健保受付

1・2の両方にチェックを付ける。

(当健保へ加入されていた期間を記入して下さい。現在も継続して加入されている方は、取得日もしくは認定日を記入して下さい。)