

### 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	平成 年度	対象となる計算期間	平成 年 月 日 から 平成 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	平成 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	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 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	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 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 千	印
<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

組合受付日付印