

## 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

常務理事	事務長	係長	担当者

[ 申請区分□について ]

自己負担額証明書の交付申請を行う場合 ①、②のいずれもチェック☑してください。  
 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合 ①のみをチェック☑してください。

( 保 険 者 記 入 欄 )

支給申請書整理番号	
-----------	--

申請区分	<input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請年月日	令和 年 月 日	申請対象年度	令和 年度 対象となる計算期間 年 月 日から 年 月 日まで	
------	---	-------	-------------	--------	---------------------------------------	--

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	(印)				1	年 月 日から 年 月 日まで	
申請者住所	〒 - ( )				2	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	性別	男・女		3	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証	記号	番号	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで						
支給方法	金融機関		本店名	預金種目	口座番号		フリガナ
口座振込	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所		・普通預金 ・当座預金 ・貯蓄預金			口座名義人 氏名

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・平成・令和 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	昭和・平成・令和 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	
----	--

- 受付年月日 -