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

②計算期間の末日に当組合に加入していない場合の記入例

申請区分	
	☑ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。
	☑ ②自己負担額証明書の交付を申請します。

（保険者記入欄）　支給申請書整理番号

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	令和○年　○月　○日から　令和○年　○月　○日まで

1	枚中	1	枚目

フリガナ	ダイニチ　タロウ		
申請者氏名	大日　太郎		
生年月日	昭和○　年　○　月　○　日　生	性別	男
被保険者の記号・番号	１１－２３４５		
加入期間	昭和○年　○月　○日から　平成○年　○月　○日まで		

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
1	記入不要	年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

計算期間の末日において加入する医療保険者の名称	○○○健康保険組合

フリガナ	ダイニチ　ハナコ		
被扶養者氏名	大日　花子		
生年月日	昭和○　年　○　月　○　日　生	性別	女
加入期間	昭和○年　○月　○日から　平成○年　○月　○日まで		

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1	記入不要	年　月　日から 年　月　日まで	
2		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			
被扶養者氏名			
生年月日	年　月　日　生	性別	
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで		

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

備考

退職者のみ記入

（注意）下記の振込口座欄は任意記載被保険者及び被保険者資格喪失者のみ記入してください。

受取代理人欄

本申請に基づく給付金に関する受領を次の者に委任します。　平成　年　月　日

（委任者）
被保険者住所

氏名

（被委任者）
事業所住所
事業所名称
事業主名

名義は被保険者であった本人に限ります。但し、被保険者死亡の場合は除く。

支給方法	振込口座記入欄		金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	ダイニチ　タロウ
口座振込（注）		○○ 銀行（信用金庫 信用組合）		△△ 本店（支店 出張所）	1 2 3	1．普通預金（2．当座預金 9．その他）	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	大日　太郎