

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	令和 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	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				2	年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者証の記号・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				計算期日の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
						1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		口座名義人

フリガナ					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
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				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	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				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								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>飯野健康保険組合 理事長 殿</p> <p>高額介護合算療養費の支給を申請します。</p> <p>自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>自己負担額証明書の交付申請を行う場合、<input type="checkbox"/> のいずれも丸で囲んでください。</p> <p>高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、<input type="checkbox"/> のみを丸で囲んでください。</p>	<p>申請年月日 年 月 日</p> <p>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>
---	---