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。	申請対象年度	○○ 年度	対象となる計算期間	○○ 年 ○○月 ○○日から ○○ 年 ○○月 ○○日まで

1	枚中	1	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	健保 一郎 ㊞				1		年 月 日から 年 月 日まで	
住所	○○県○○市○○町1－1				2		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭・平 ○○年 ○○月 ○○日 生	性別	男		3		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	000-0000	加入期間	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※2				

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・平 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※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・平 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	

委任状	高額介護合算療養費の受領を ㊞に委任します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者（請求者）氏名 健保 一郎 ㊞	備考	

退職者用振込先	○○○○ 銀行・農協 / 金庫・信組	○○○○ 本店 / 支店	種別	当座・普通	口座番号	○○○○○○○○
					（カタカナ）口座名義	ケンポ イチロウ

（裏面注意事項あり）

千葉県機械金属健康保険組合