

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	<input checked="" 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	1	枚中	1	枚目
------	--	--------	-------	-----------	----------------------	---	----	---	----

フリガナ	ケンポ タロウ			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 太郎			保険者加入歴 ※1	1	年 月 日 から 年 月 日 まで		
住所	〇〇県 〇〇市 〇〇 1-1				2	年 月 日 から 年 月 日 まで		
生年月日	昭 平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	加入期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		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	ケンポ ハジメ			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	健保 始			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで		
生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	性別	男		2	年 月 日 から 年 月 日 まで		
加入期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで				3	年 月 日 から 年 月 日 まで		

フリガナ	ケンポ ハツコ			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	健保 初子			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで		
生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	性別	女		2	年 月 日 から 年 月 日 まで		
加入期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで				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 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者（請求者）氏名 健保 太郎	⑩に委任します。 健保 ⑩	備考
-----	--	-------------------------	----

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、しない場合は下記の欄を記入。)					
退職者用 振込先	銀行・農協	本店	種別	当座 ・ 普通	口座番号	
	金庫・信組	支店			(カタカナ) 口座名義	

(裏面注意事項あり)

千葉県機械金属健康保険組合