

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

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(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	平成〇〇年度	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	ケンボ タロウ			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 太郎 ㊞				1			年 月 日 から 年 月 日 まで									
申請者住所	〒 〇〇〇 〇〇県△△市××〇-〇				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		性別		男・女		3	年 月 日 から 年 月 日 まで									
被保険者証の記号・番号	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											
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合はチェックを入れる)																	
フリガナ	ケンボ ハナコ			保険者加入歴※2	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 花子				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		性別		男・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 月 〇 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		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				受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名と印 委任者と代理人との関係 氏名 ㊞ 代理人の住所 〒 - 電話 ()												
					・被保険者証の記号番号記入した場合は不要です												
振込希望口座	支払区分	金融機関	〇〇〇 銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	〇〇〇 店・本店 (支店・出張所 本所・支所)	金融機関コード		預金種別	1.普通 4.通知 2.当座 5.貯蓄 3.別段	口座番号		フリガナ						
社会保険労務士の提出代行者印													㊞	申請年月日 平成 年 月 日		受付年月日	