

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 2 年度	対象となる計算期間	2年 8月 1日 から 3年 7月 31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	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		
生年月日	S	H 44年 7月 1日	性別		男・女		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者等の記号・番号	2991 - 327				1		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	S 63年4月1日から R 3年3月31日まで			支給対象期間の末日において加入する医療保険者の名称		2	健康保険組合	
振込先	銀行コード	金融機関名		店舗コード	本(支)店名	種目	口座番号	フリガナ
		銀行			支店	①.普通預金 2.当座預金 3.その他()		口座名義人 ケンボ タロウ 健保 太郎

フリガナ	ケンボ ハルコ			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	健保 春子			1		年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	S	H 22年 10月 8日	性別		男・女		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	H 20年4月1日から R 2年3月31日まで				1		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	S	H 年 月 日	性別		男・女		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				1		年 月 日から 年 月 日まで	

備考	太郎 令和2年8月、9月、10月 春子 令和2年8月、9月、10月、11月
----	--

酒フーズ健康保険組合 殿	申請年月日 3年 12月 1日
<input type="radio"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="radio"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。	〒 - - 住所 埼玉県さいたま市 - - 申請者氏名 健保 太郎 電話番号 - -
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、 ・ のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、 のみを丸で囲んでください。	