

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	平成 25 年度	対象となる計算期間	23年 8月 1日 から 24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 太朗		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		2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	2991 - 327	※1	3	年 月 日から 年 月 日まで	

加入期間	S 63年 4月 1日から H 24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	〇〇健康保険組合
------	------------------------------	------------------------------	----------

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
	〇〇〇〇	〇〇 銀行	〇〇〇	〇〇 支店	①. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義人 ケンボ タロウ 健保 太朗

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 20年 10月 8日 性別 (男)・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	H 20年 4月 1日から H 24年 3月 31日まで	※1	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	S H 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	※1	3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考	(太朗) 平成 23年 8月、9月、10月 (春子) 平成 23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 25年 5月 1日
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。	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 埼玉県さいたま市〇-〇-〇 申請者氏名 健保 太朗 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②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、①のみを丸で囲んでください。	㊞