

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

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

申請年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)				
申請区分	<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。	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	
	<input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。					
フリガナ			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			保険者加入歴 ※1	1	年 月 日から 年 月 日まで	
申請者住所	〒 - () -			2	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		性別	男・女	
被保険者証の記号・番号	—	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			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	昭和 平成 令和	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			

フリガナ			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			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	昭和 平成 令和	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			

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。 令和 年 月 日	備考	
	申請者 住所 氏名		

受付印

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)