

別添様式例 ①-A

記入例

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。

対象となる計算期間は8月1日から翌年7月31日までの1年単位で記載してください。
ただし、平成21年7月以前の療養等にかかる申請をする場合、平成20年4月1日から21年7月31日までと記載してください。

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。

申請対象年度は「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載することになります。添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄が足りない場合(対象被扶養者が3人以上の場合・保険者加入履歴が4か所以上の場合)は、2枚目以降に記入してください。

「備考欄」については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入してきた期間の受診歴については不要です。)また不明な場合、健康保険組合にお問い合わせください。

(別添様式例 ①-A)

高額介護合算療養費支給申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目		
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				保険者加入履歴 ※1	1	年	月	日から	年	月	日まで		
生年月日	年	月	日生		性別	2	年	月	日から	年	月	日まで	
被保険者証の記号・番号					3	年	月	日から	年	月	日まで		
加入期間	年			月	日から	年		月	日まで				
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード		本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ				
1. 窓口払い 2. 口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人				
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				保険者加入履歴 ※3	1	年	月	日から	年	月	日まで		
生年月日	年	月	日生		性別	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			
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				保険者加入履歴 ※3	1	年	月	日から	年	月	日まで		
生年月日	年	月	日生		性別	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			
備考													

医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入していた履歴があれば記入してください。介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。(介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。)加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。

健康保険組合理事長 殿

申請年月日 年 月 日

高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号
住所
申請者氏名
電話番号

印

本人氏名を自署した場合は押印は不要です。