

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	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															
申請者氏名															
生年月日			年	月	日生	性別									
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						
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			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														本支店 出張所	

フリガナ										
被扶養者氏名										
生年月日			年	月	日生	性別				
加入期間			年	月	日から	年	月	日まで		

フリガナ										
被扶養者氏名										
生年月日			年	月	日生	性別				
加入期間			年	月	日から	年	月	日まで		

備考										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

東京地下鉄健康保険組合理事長 殿				申請年月日				年	月	日
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。						郵便番号				
② 自己負担額証明書の交付を申請します。						住所				
						申請者氏名				
						電話番号				

## ご記入上の注意事項

### 1. 被扶養者に係る記入欄について

当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。

### 2. 備考欄について

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いた期間の受診歴については記入不要です。）