

別添様式例 ①-B

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。

(別添様式例 ①-B)

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

枚中 枚目

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。

計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合は記入不要です。  
また記入にあたっては実在する正式な保険者名を記入してください。

「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。

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											
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	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											
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											

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。  
② 自己負担額証明書の交付を申請します。

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。