

記入例：自己負担額証明書の申請を行う場

常務理事	事務長	担当者

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

①②両方に ✓

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の申請	申請年月日
	<input checked="" type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の申請	元号〇年〇月〇日

申請対象年度	元号〇〇年度	対象となる計算期間	元号〇〇年8月1日 から 元号〇〇年7月31日 まで	1	枚中	1	枚目
--------	--------	-----------	----------------------------	---	----	---	----

フリガナ	ニッシン 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	日新 太郎 印				1		年 月 日 から	
生年月日	元号〇年10月12日 生	性別	男		2	記入不要		
被保険者証の記号・番号	11 - 〇〇〇〇〇				※1 3			
加入期間	元号〇年〇月〇日 から 元号〇年〇月〇日まで			計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		○▲○■健康保険組合		

フリガナ	ニッシン ハナコ			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	日新 花子				1		年 月 日 から	
生年月日	元号〇年12月28日 生	性別	女		2	記入不要		
加入期間	元号〇年〇月〇日 から 元号〇年〇月〇日まで				※3 3			

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	
生年月日	年 月 日 生	性別			2		年 月 日 から	
加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				※3 3		年 月 日 から	

備考	
----	--

下記の振込口座欄は退職者および任意継続被保険者のみ記入してください

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 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	口座番号	フリガナ 口座名義人