

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

【高額介護合算療養費の支給申請】のとき
※【自己負担額証明書交付申請】は次ページをご覧ください

前年8月1日から7月31日までの間で当組合に加入していた期間(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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

枚中

枚目

フリガナ					保険者加入歴 ※1	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						1				年 月 日から 年 月 日まで		計算期間における自己負担がない場合は「添付なし」と記入
生年月日	年 月 日生	性別				2	計算期間内(前年8月1日から7月31日)に別の医療保険に加入した履歴があれば記入			日から 日まで		
被保険者証		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								

フリガナ					保険者加入歴 ※3	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	7月31日において被扶養者であった者について記入					1				年 月 日から 年 月 日まで		計算期間における自己負担がない場合は「添付なし」と記入
生年月日	年 月 日生	性別				2	計算期間内(前年8月1日から7月31日)に別の医療保険に加入した履歴があれば記入			日から 日まで		
加入期間		年 月 日から		年 月 日まで		3				日から 日まで		

フリガナ					保険者加入歴 ※3	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 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		3				年 月 日から 年 月 日まで		

備考

申請者およびその被扶養者の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入(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)

塩野義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。

自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。

高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号

住 所

申請者氏名(戸籍名)

電話番号

印

常務理事	事務長	担当者

塩野義健康保険組合

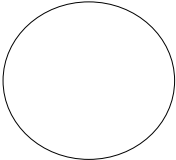
受取委任の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)

令和 年 月 日

被保険者氏名(戸籍名)

印



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

【自己負担額証明書の交付申請】のとき

前年8月1日から7月31日までの間で当組合に加入していた期間

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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		枚中		枚目				
フリガナ											保険者加入歴 ※1	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												1		年	月	日から	
生年月日	年	月	日生	性別								2		年	月	日まで	
被保険者証	記号			番号								3		年	月	日まで	
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで											

フリガナ	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										保険者加入歴 ※3	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	日まで	
加入期間	年			月	日から	年	月	日まで	3			年	月	日まで			

フリガナ											保険者加入歴 ※3	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	日まで	
加入期間	年			月	日から	年	月	日まで	3			年	月	日まで			

備考	申請者およびその被扶養者の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入(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)													
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

塩野義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							
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。														申請者氏名(戸籍名)				印			
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。														電話番号							

常務理事	事務長	担当者

塩野義健康保険組合

受取委任の欄														
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)														
令和				年	月	日	被保険者氏名(戸籍名)				印			

