

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	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											保険者加入歴	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												※1	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										計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2						
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	口座名義人	
												1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他					

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											保険者加入歴	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	3	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											保険者加入歴	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	3	年 月 日 から 年 月 日 まで

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

<p>中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿</p> <p>① 高額介護合算療養費の支給を申請します。</p> <p>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>※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。</p> <p>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。</p>	<p>申請年月日 年 月 日</p> <p>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--	---