

高額介護合算療養費の申請の場合

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

申請年月日

× 年 × 月 × 日

申請区分	☒ ①高額介護合算療養費の支給を申請します	申請対象 年度	平成 20 年度	対象となる 計算期間	20 年 4 月 1 日 から 21 年 7 月 31 日 まで	1 枚中 1 枚目
	☐ ②自己負担額証明書の交付を申請します					

※申請区分欄:高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に当組合に加入しており支給申請する場合)、①のみに丸を付して下さい。

自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸を付して下さい。

フリガナ	ケンポ タロウ			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	健保 太郎			保険者加入歴 ※1	上記の計算期間内に他の医療保険者に加入した期間がある方のみ記入してください	
申請者住所	〒 □□□ - ■■■■ 福岡市中央区●●1丁目○○					
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	男			
被保険者証の記号・番号	(記号) 12	(番号) 1234567				
加入期間	20 年 4 月 1 日から 21 年 7 月 31 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	記入は不要です	
記入は不要です						

フリガナ	ケンポ イチロウ			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	健保 一郎			保険者加入歴 ※3	上記の計算期間内に他の医療保険者に加入した期間がある方のみ記入してください	
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	男			
加入期間	20 年 4 月 1 日から 21 年 7 月 31 日まで					

フリガナ	ケンポ ハナヨ			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	健保 花代			保険者加入歴 ※3	上記の計算期間内に他の医療保険者に加入した期間がある方のみ記入してください	
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	女			
加入期間	20 年 4 月 1 日から 21 年 7 月 31 日まで					

備考	申請者及び被扶養者について九電健保加入期間の合算対象となる受診歴(受診した年月)を記入してください
----	---