

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	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												枚中	枚目							
申請者氏名											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			
生年月日	年	月	日生	性別						1		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			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					
被保険者証	記号			番号												2				
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで						3	+	ヵ		日から	年	月	日まで	

フリガナ												枚中	枚目					
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										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	
生年月日	年	月	日生	性別						1		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			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			
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで										2		
												3	年	月		日から	年	月

フリガナ												枚中	枚目				
被扶養者氏名											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
生年月日	年	月	日生	性別						1							
												2					
												3	年	月	日から	年	月

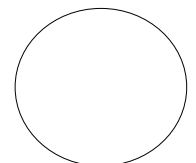
備考 申請者およびその被扶養者の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要)

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)		
平成 年 月 日	被保険者氏名	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	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 日から 年 月 日まで	
被保険者証 記号 番号		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで	

自己負担額証明書の交付申請を行う場合は
記入不要

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 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで	
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			

自己負担額証明書の交付申請を行う場合は
記入不要

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 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間		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)	
平成 年 月 日	被保険者氏名	印

