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。

## 高額介護合算療養費請求書 • 自己負担額証明書交付申請書

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

職名

名 前

所属所長

申請対象年度	年度	対象と	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		添付の自己負担額	証明書整理番号
申請者名前						保険	1		年 年	月 日から 月 日まで		
生年月日	年月	日 生	性 別			者加入	2		年年	月 日 日まで		
組合員等記号・	・番号					歴 ※1	3		年 年	月 日 日まで		
加入期間 年月日から 年月日まで						計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2						
フリガナ						/ <sub>1</sub>		保険者名	加入	期間	添付の自己負担額	証明書整理番号
被扶養者名前						保険者	1		年年	月 日 日まで		
生年月日	年	日 生	性別			加入	2		年 年	月 日から 月 日まで		
t → ###		耳 月 日から		年 月	目まで	歴	3		年年	月 日から 日まで		
加入期	1	F 71 HW-0		1 /	тъ	<b>※3</b>			干	д рас		
カース 期 フリガナ	1			1 /	пъ	*3		保険者名	加入	期間	添付の自己負担額	証明書整理番号
	1	- 71 нич			160		1	保険者名			添付の自己負担額	証明書整理番号
フリガナ	年 月		性 別		пас	保険者加		保険者名	加入	期間	添付の自己負担額	証明書整理番号
フリガナ被扶養者名前	年月		性 別	年月		保険者加入歴	1	保険者名	加 入 年 年 年	期間   月日から   月日まで   月日から	添付の自己負担額	証明書整理番号
フリガナ 被扶養者名前 生 年 月 日	年月	日 生	性 別			保険者加入歴	1 2	保険者名	加 入 年 年 年	期間   月日からで   月日まで   月日まで   月日から   月日から	添付の自己負担額	証明書整理番号
フリガナ 被扶養者名前 生 年 月 日 加 入 期	年月	日 生	性 別	年月		保険者加入歴	1 2	保険者名	加 入 年年 年 年 年	期間   月日からで   月日まで   月日まで   月日から   月日から		証明書整理番号

(名前)

(電話番号) ( ) -