

常務理事	事務長	担当者

記入例：申請区分 ① 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

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は裏面をご覧ください

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します
	<input type="checkbox"/> 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□にチェックをしてください

※高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ□にチェックをしてください

申請対象年度	平成29 年度	対象となる計算期間	平成29 年 8 月 1 日 から 平成30 年 7 月 31 日まで	1 枚中	1 枚目
--------	---------	-----------	-------------------------------------	------	------

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX	1 ○○市国民健康保険	平成29年 8月1日から 平成29年12月31日まで	XXXXXXX
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	性別	男	2	年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX ○○県○○市○○町 X-X-X			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 30年 1月 1日 から 平成 30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		

フリガナ	ケンコウ サチコ	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	健康 幸子	1 ○○市国民健康保険	平成29年 8月1日から 平成29年12月31日まで	添付なし	
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	2	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成 30年 1月 1日 から 平成 30年 7月 31日まで			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	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	3	年 月 日から 年 月 日まで	

備 考	
-----	--

給付金支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
--------------	--

退職後に請求する場合のみ記入（任意継続者：記号9990は記入不要）											
金融機関コード	銀 行	店舗コード	支 店	種 目	口座番号				フリガナ		
	信用金庫		本 店								
	信用組合		出張所	普通預金					口座名義人		

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください

084D 古河電工健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

記入例：申請区分 ② 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

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は裏面をご覧ください

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します <input checked="" type="checkbox"/> 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□にチェックをしてください

\*高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ□にチェックをしてください

申請対象年度	平成29 年度	対象となる計算期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 7月 31日まで	1 枚中	1 枚目
--------	---------	-----------	------------------------------	------	------

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX		1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX ○○県○○市○○町 X-X-X			3	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 3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		○○市国民健康保険	

フリガナ	ケンコウ サチコ	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	健康 幸子		1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生		性別	女	2	年 月 日から 年 月 日まで
加入期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31日まで			3	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							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									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

給付金支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
--------------	--

退職後に請求する場合のみ記入 (任意継続者: 記号9990は記入不要)											
金融機関コード	OO	銀 行	店舗コード	▲▲	種目	口座番号			フリガナ	ケンコウ タロウ	
X X X X		信用金庫	X X X	本 店	普通預金	X	X	X	X	X	健康 太郎
		信用組合		出張所							

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください

084D 古河電工健康保険組合