

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

7月31日時点で当組合の医療保険に加入している場合

記入例

(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					1	〇〇国民健康保険	年 月 日から 年 月 日まで	自己負担額がない場合 「添付なし」と記入 当組合の被保険者であった場合 「添付省略」と記入
生年月日	年 月 日生	性別			2	神戸港湾健康保険	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	()				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			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			記入見本	
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
口座振込			本店 支店 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人	
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	
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	赤丸で囲んでいるところを記入してください							

サニーピア健康保険組合 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				
	電話番号	印			