

高額の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		令和 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				年 月 日 から 年 月 日 まで											
申請者住所		〒 — 電話 ()					2				年 月 日 から 年 月 日 まで											
生年月日		昭・平・令 年 月 日		性別			男・女		3				年 月 日 から 年 月 日 まで									
被保険者証の 記号・番号				—		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											
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)																						
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		昭・平・令 年 月 日		性別			男・女		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		昭・平・令 年 月 日		性別			男・女		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						受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 氏名 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 — 電話 ()															

社会保険労務士記載欄	
------------	--

申請年月日 令和 年 月 日

受付印