# 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

| 申請区分 | □ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。<br>□ ②自己負担額証明書の交付を申請します。 | 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<br>年　月　日　まで | |
| 申請者住所 | 〒　　ー　　電話　　（　　） | | | | 2 | | 年　月　日　から<br>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<br>年　月　日　まで | |
| 被保険者証の記号・番号 | | ― | | 加入期間 | 年　月　日から<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>年　月　日　まで | |

| | |
|---|---|
| 備考 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 振込希望口座 | 支払区分 | 金融機関 | 銀行・金庫<br>信組・信連<br>信漁連・農協・漁協 | 店・本店<br>支店・出張所<br>本所・支所 | 金融機関コード | 預金種別 | 1:普通　4:通知<br>2:当座　5:貯蓄<br>3:別段 | 口座番号 | フリガナ | |
| | | | | | | | | | 口座名義人 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 社会保険労務士記載欄 | | 申請年月日　令和　　年　　月　　日 | 受付印 |