

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

申請対象年度	令和 年度	対象となる計算期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月	申請書枚数	全 数
--------	-------	-----------	-----------------	-------	-----

フリガナ		
被保険者氏名		
被保険者証 記号・番号	記号	番号
生年月日	昭和 年 月 日	

保険者加入歴	No.	保険者名(介護保険及び医療保険)	保険加入期間	添付の自己負担額証明書番号
	1			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで
2			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	
3			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	

(該当の年号を○で囲んでください)

フリガナ	
被扶養者氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
当健康保険組合 加入期間	昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで

保険者加入歴	No.	保険者名(介護保険及び医療保険)	保険加入期間	添付の自己負担額証明書番号
	1			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで
2			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	
3			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	

(該当の年号を○で囲んでください)

フリガナ	
被扶養者氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
当健康保険組合 加入期間	昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで

保険者加入歴	No.	保険者名(介護保険及び医療保険)	保険加入期間	添付の自己負担額証明書番号
	1			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで
2			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	
3			昭平令 年 月 日から 昭平令 年 月 日まで	

(該当の年号を○で囲んでください)

<p>ヤマトグループ健康保険組合 理事長 殿</p> <p><input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己負担限度額証明書の交付を申請します。</p> <p>(該当する□に✓を入れてください)</p>	<p style="text-align: right;">申請日 令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>日中連絡可能な 電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者 との続柄 _____</p>
---	---