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

（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		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	
生年月日	年　月　日 生　性別		2		年　月　日 から 年　月　日 まで	
被保険者証の記号・番号		※1	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	計算期日の末日において加入する医療保険者の名称　※2				

被保険者銀行口座	銀行 金庫 農協	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
					普通預金		口座名義人	

フリガナ		保険者加入歴		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	3		年　月　日 から 年　月　日 まで	

フリガナ		保険者加入歴		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	3		年　月　日 から 年　月　日 まで	

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード（両面写）を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード（写）またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明（写）を添付して下さい。

□マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。（事業主経由にて申請の場合、レ点）

備　考	

中部アイティ産業健康保険組合　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　　印

電話番号