

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	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				保険者加入歴※1	1	年 月 日から 年 月 日まで				
生年月日	年	月	日生		性別	男・女	2	年 月 日から 年 月 日まで		
被保険者等の記号・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						
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	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		
1.窓口払い 2.口座振込								口座名義人		

フリガナ				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				保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	年	月	日生		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				保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	年	月	日生		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 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

大阪金属問屋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なう場合、①・②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