

**記入例：申請区分①の場合**

常務理事	事務長	担当者

**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**

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は裏面をご覧ください

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します
	<input type="checkbox"/> 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のいずれも口にチェックをしてください  
 ※高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ口にチェックをしてください

申請対象年度	平成29年度	対象となる計算期間	平成29年8月1日から平成30年7月31日まで	1枚中	1枚目
--------	--------	-----------	-------------------------	-----	-----

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX		1	〇〇市国民健康保険	平成29年8月1日から平成29年12月31日まで	XXXXXXXX
生年月日	昭和〇年〇月〇日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成30年1月1日から平成30年7月31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				

フリガナ	ケンコウ サチコ	記号	番号	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	健康 幸子				1	〇〇市国民健康保険	平成29年8月1日から平成29年12月31日まで	添付なし
生年月日	昭和〇年〇月〇日生	性別	女		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成30年1月1日から平成30年7月31日まで				3		年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ		記号	番号	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	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		年 月 日から 年 月 日まで	

備考	
----	--

給付金支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
--------------	--

退職後に請求する場合のみ記入 (任意継続者：記号9990は記入不要)							
金融機関コード	銀行	店舗コード	支店	種目	口座番号	フリガナ	添付書類
	信用金庫		本店	普通預金		口座名義人	通帳の口座番号のあるページのコピー
	信用組合		出張所				

※ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい (店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)

記入例：申請区分②の場合

常務理事	事務長	担当者

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

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は裏面をご覧ください

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します
	<input checked="" type="checkbox"/> 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のいずれも口にチェックをしてください

※高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ口にチェックをしてください

申請対象年度	平成29年度	対象となる計算期間	平成29年8月1日から平成30年7月31日まで	1枚中	1枚目
--------	--------	-----------	-------------------------	-----	-----

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX		1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31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		〇〇市国民健康保険		

フリガナ	ケンコウ サチコ	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	健康 幸子		1		年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生		性別	女	2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31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	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		年 月 日から 年 月 日まで		

備考	
----	--

給付金支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
--------------	--

退職後に請求する場合のみ記入 (任意継続者：記号9990は記入不要)											
金融機関コード	〇〇	銀行	店舗コード	▲▲	支店	種目	口座番号	フリガナ	ケンコウ タロウ	添付書類	
X X X X		信用金庫 信用組合	X X X		本店 出張所	普通預金	X X X X X X X	口座名義人	健康 太郎	通帳の口座番号のある ページのコピー	

※ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい (店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)