

# 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

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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
--------	-------	---------------	-----------------------

フリガナ											
申請者氏名 (被保険者)											
生年月日	昭和・平成 年 月 日					性別					
被保険者等記号・番号	記号					番号					
加入期間	平成 令和	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで

保 險 者 加 入 歷	保 險 者 名	加入期間		添付の自己負担限度額証明書整理番号	
		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで		
1		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで		
2		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで		
3		平・令 年 月 日 から	平・令 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					

振 込 先	銀行	支店	口座番号	口座名義人(カタカナ)
			普通 当座	

フリガナ											
被扶養者氏名											
生年月日	昭和・平成 年 月 日					性別					
加入期間	平成 令和	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで
保 險 者 加 入 歷	保 險 者 名	加入期間		添付の自己負担限度額証明書整理番号							
		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで								
1		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで								
2		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで								
3		平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 まで								

備 考										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

野村證券健康保険組合理事長殿	申請年月日 令和 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申請をします。 ※	住所 申請者氏名 電話番号

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①②のいずれも丸で囲んでください。

高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。