

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	マルムラ マルロウ												
申請者氏名 (被保険者)	○村 ○郎												
生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日					性別	男						
被保険者等記号・番号	記号	3	3	○	×	番号	1	1	1	○	○	○	○
加入期間	平成 令和	○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	
1	○○市介護	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 1 2 3 ×××	マルムラ マルロウ

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	
1	○○市介護	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	○夫：令和○年9月、11月、令和×年6月、7月 ○子：令和○年8月～12月、令和×年1月～7月
--------	--

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	○○市××町○一〇一〇
※	申請者氏名	○村 ○郎
	電話番号	0××(○○○) ×××

※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。