

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 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担限度額証明書整理番号
	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 普通 当座	口座名義人 (カタカナ)
			1 2 3 × × × ×	マルムラ マルロウ

フリガナ	マルムラ マルコ													
被扶養者氏名	○村 ○子													
生年月日	昭和・平成	○	年	○	月	○	日	性別	女					
加入期間	平成 令和	○	年	○	月	○	日から	平成 令和	○	年	○	月	○	日まで
保 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担限度額証明書整理番号											
	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
----	--

野村証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	○○市××町○-○-○ ○村 ○郎 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。