

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

申請日 (和暦) 令和 6 年 4 月 1 日 申請枚数 1 枚目 / 1 枚中

裏面の「記入上の注意事項について」を必ずご覧いただき、記入または入力してください。

申請区分 (該当番号の前にチェックを入力してください)		申請対象年度 (和暦)	令和 4 年度	対象となる計算期間 (和暦)	令和 4 年 8 月 1 日から 令和 5 年 7 月 31 日まで		
<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。				
フリガナ	ケンポ タロウ			※1 保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号	
被保険者氏名	健保 太郎			1	全国健康保険協会 東京支部	令和 5 年 4 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで	abcde20240214xxx
被保険者居住所	〒 135 - 0001 東京都江東区豊洲3-1-1 豊洲マンション111号室			2	全国健康保険協会 兵庫支部	令和 5 年 10 月 1 日から 令和 6 年 3 月 31 日まで	添付なし
生年月日 (和暦)	平成 6 年 6 月 6 日			3		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者等記号	111	番号	1111111	加入期間 (和暦)	令和 2 年 4 月 1 日から 令和 6 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 ※ 記入不要 ※
備考欄1	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄1へ記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。						

フリガナ	ケンポ イチロウ		続柄	父	※3 保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	健保 一郎				1	全国健康保険協会 東京支部	令和 5 年 4 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで	abcde20240214yyy
生年月日 (和暦)	昭和 33 年 1 月 1 日				2	全国健康保険協会 兵庫支部	令和 5 年 10 月 1 日から 令和 6 年 3 月 31 日まで	添付なし
					3		年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	ケンポ ハナコ		続柄	母	※3 保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	健保 花子				1	全国健康保険協会 東京支部	令和 5 年 4 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで	abcde20240214zzz
生年月日 (和暦)	昭和 33 年 3 月 3 日				2	全国健康保険協会 兵庫支部	令和 5 年 10 月 1 日から 令和 6 年 3 月 31 日まで	添付なし
					3		年 月 日から 年 月 日まで	

備考欄2	【健保一郎の受診履歴】	●東京都立豊洲病院 入院：令和5年4月～7月	●豊洲大学付属総合医療センター ... 外来：令和5年8月	●兵庫県立播磨病院 入院：令和5年10月～11月、外来：令和5年12月				
	【健保花子の受診履歴】	●とよす泌尿器科医院 外来：令和5年4月	●豊洲大学付属総合医療センター ... 入院：令和5年5月、外来：令和5年5月～9月					
	【高額介護合算療養費支給申請の場合】	●申請対象年度・対象となる計算期間 (例) ● ・令和4年度：令和4年8月1日～令和5年7月31日 (申請開始：令和5年8月1日～) ※翌年度以降も同様に計算期間が過ぎてから申請してください。 ※該当者死亡の場合を除く。	●計算期間の末日において加入する医療保険者の名称● ※記入不要					
委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主 (代理人) に委任します。 (和暦) 令和 6 年 4 月 1 日 ★在籍者のみ記入 被保険者氏名 健保 太郎							
退職者記入欄	銀行コード	1 2 3 4	支店コード	5 6 7	口座番号	8 9 0 1 2 3 4	預金種別	普通 当座
※4	たんぼぼ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 農協 <input checked="" type="checkbox"/> 信金 <input checked="" type="checkbox"/> 信組	豊洲	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店				
	フリガナ	ケンポ タロウ		名義人	健保 太郎			

健保使用欄	支給申請書整理番号				
	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

受付日付印

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

申請日 (和暦) 令和 6 年 4 月 1 日 申請枚数 1 枚目 / 1 枚中

裏面の「記入上の注意事項について」を必ずご覧いただき、記入または入力してください。

申請区分 (該当番号の前にチェックを入力してください)		申請対象年度 (和暦)	令和 4 年度	対象となる計算期間 (和暦)	令和 4 年 8 月 1 日から 令和 5 年 7 月 31 日まで
<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。		

フリガナ	ケンポ タロウ				※1	保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号	
被保険者氏名	健保 太郎				1	※ 記入不要 ※	年 月 日 から		
被保険者居住所	〒 135 - 0001 東京都江東区豊洲3-1-1 豊洲マンション111号室						年 月 日 から		
生年月日 (和暦)	平成 6 年 6 月 6 日						年 月 日 から		
被保険者等	記号	111	番号	1111111	加入期間 (和暦)	令和 2 年 4 月 1 日 から 令和 6 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	TOYOSUグループ健康保険組合
備考欄1	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄1へ記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。								

フリガナ	ケンポ イチロウ		続柄	父	※3	保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 一郎				1	※ 記入不要 ※	年 月 日 から	
生年月日 (和暦)	昭和 33 年 1 月 1 日						年 月 日 から	
							年 月 日 から	

フリガナ	ケンポ ハナコ		続柄	母	※3	保険者名	加入期間 (和暦)	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 花子				1	※ 記入不要 ※	年 月 日 から	
生年月日 (和暦)	昭和 33 年 3 月 3 日						年 月 日 から	
							年 月 日 から	

備考欄2	【健保一郎の受診履歴】 ●東京都立豊洲病院 入院：令和5年4月～7月 ●豊洲大学付属総合医療センター ... 外来：令和5年8月 ●兵庫県立播磨病院 入院：令和5年10月～11月、外来：令和5年12月	委任欄 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 (和暦) 令和 6 年 4 月 1 日 ★在籍者のみ記入 被保険者氏名 健保 太郎	
	【健保花子の受診履歴】 ●とよす泌尿器科医院 外来：令和5年4月 ●豊洲大学付属総合医療センター ... 入院：令和5年5月、外来：令和5年5月～9月		退職者記入欄 銀行コード 1 2 3 4 支店コード 5 6 7 口座番号 8 9 0 1 2 3 4 たんぼぼ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 農協 <input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 信金 <input checked="" type="checkbox"/> 信組 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 当座 ★退職者のみ記入 フリガナ ケンポ タロウ 名義人 健保 太郎
	【自己負担額証明書交付申請の場合】 ●申請対象年度・対象となる計算期間 (例) ● ・令和4年度：令和4年8月1日～令和5年7月31日 (申請開始：令和5年8月1日～) ※翌年度以降も同様に計算期間が過ぎてから申請してください。 ※該当者死亡の場合を除く。 ●保険者加入歴● ※記入不要 ●計算期間の末日において加入する医療保険者の名称● ※記入必要		

健保使用欄	支給申請書整理番号					—
	常務理事	課長	課長代理	主任	担当	

受付日付印