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

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	

申請区分	
	□ 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交付を申請します。

	枚中		枚目

申請対象年度	平成　　年度	対象となる計算期間	年　月　日から　年　月　日まで

フリガナ			
申請者氏名	印		
申請者住所	〒　　－	電話番号	（　　）　－
生年月日	年　月　日　生	性別	男 ・ 女
被保険者証の記号・番号			
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで		

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 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※2	

フリガナ			
被扶養者氏名			
生年月日	年　月　日　生	性別	男 ・ 女
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで		

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

フリガナ			
被扶養者氏名			
生年月日	年　月　日　生	性別	男 ・ 女
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで		

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。

平成　　年　　月　　日

委任された者の　　申請者氏名　　印

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名及び印　　印

備考	

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。

（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類（申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書）」及び「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要となります。）