

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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	枚中	枚目
--------	----	-----------	----------	----------	----	----

フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名				1		年 月 日 から		
生年月日	年 月 日 生	性別		2		年 月 日 から		
被保険者証の記号・番号				※1	3	年 月 日 から		
加入期間	年 月 日 から 年 月 日まで				計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			
被保険者銀行口座	□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。							
	金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号		フリガナ	
	銀 行 金 庫 農 協		本 店 支 店 出 張 所		普通預金		口座名義人	

フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名				1		年 月 日 から		
生年月日	年 月 日 生	性別		2		年 月 日 から		
加入期間	年 月 日 から 年 月 日まで			※3	3	年 月 日 から		

フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名				1		年 月 日 から		
生年月日	年 月 日 生	性別		2		年 月 日 から		
加入期間	年 月 日 から 年 月 日まで			※3	3	年 月 日 から		

・被保険者証の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です。
 被保険者のマイナンバー記入欄 ()

備考

中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿

申請年月日 年 月 日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

住所

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。

申請者氏名

高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

電話番号