

高額介護合算療養費等支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

被保険者証 記号・番号	記号										所属またはグループ会社名		
											部・課 支社 社		課 営業オフィス
被保険者氏名										資格取得年月日	昭和 平成 令和	月	日
										資格喪失年月日	令和	月	日

被 保 険 者 記 入 欄	申請対象年度	令和	年度	対象となる計算期間	年	月	日	～	年	月	日	
	保 険 者 加 入 履 歴	保 険 者 の 名 称			加 入 期 間			添付の自己負担額 証明書整理番号				
					年	月	日	～	年	月	日	
					年	月	日	～	年	月	日	

介 護 保 険 加 入 者 資 格 記 入 欄	氏 名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	加 入 期 間	年	月	日	～	年	月	日	続 柄		
	保 険 者 加 入 履 歴	保 険 者 の 名 称			加 入 期 間			添付の自己負担額 証明書整理番号			
					年	月	日	～	年	月	日
			年	月	日	～	年	月	日		

被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり 高額介護合算療養費の支給 自己負担額証明書の交付 を申請します。 (どちらか丸で囲んでください)										令和	年	月	日
	被保険者 住 所 〒 _____ 氏 名 _____ (印)										昭和 平成 令和	年	月	日生
	委 任 状	上記で支給申請した給付金の受領方を事業主に委任いたします 被保険者 _____ (印)										(注)任意継続者・特例退職者は記入不要		

*** 記入上の留意点 ***

1. 支給を受けようとする方は、基準日(毎年7月31日)に加入している医療保険へ申請してください。
2. 同じ世帯で医療費と介護費を支払い、自己負担限度額を超えた世帯が対象となります。
3. 「申請対象年度」欄には、「対象となる計算期間(毎年8月1日～翌年7月31日まで)」欄の開始年月日が属する年を記載してください。
4. 「対象となる期間」中に、複数の被保険者期間を有する場合は、基準日の直近に使用していたもののみを記載してください。
5. 申請年度の計算期間内に医療保険者の変更がある場合、「保険者加入履歴」欄に記入してください。
6. 給付を受ける権利は、計算期間(前年8月1日～7月31日までの期間)の末日の翌日(=8/1)から2年で時効となります。

健 保 組 合 処 理 欄	支 給 金 額				入 力 年 月 日				備 考			
	円											
決 定	常務理事	事務長	担当	支	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日				
				払								