第一生命健康保険組合　御中

受信NO.	

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					番号								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		
			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		
			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　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 （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	支払	常務理事	事務長	担当		入力者・入力日

R5.9