

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

黒崎播磨健康保険組合

常務理事 事務長 担当者

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | |
|------|--|--------|----|-----------|---------|---------|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。 | 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 |
| | <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。 | | | | | |

| フリガナ | 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 | 保 険 者 加 入 歴 ※1 | 1 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 申請者住所 〒 - () - | | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 生年月日 年 月 日 性別 男・女 | | 3 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 被保険者等 記号・番号 | 加入 期間 | | 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 | 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 | 保 険 者 加 入 歴 ※3 | 1 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 生年月日 年 月 日 性別 男・女 | | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 加入期間 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 | 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 | 保 険 者 加 入 歴 ※3 | 1 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 生年月日 年 月 日 性別 男・女 | | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 加入期間 年 月 日から 年 月 日まで | | 3 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |

黒崎播磨健康保険組合(217) 2024.12

| | | |
|---------------------------------|---|--------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 年 月 日 | 備 考 |
| | 申請者 住所 代理人の氏名 氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 | |

受付印