

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	平成31 年度	対象となる計算期間	平成30 年 8 月 1 日 から 令和元 年 7 月 31 日	1	枚中	1	枚目
--------	---------	-----------	----------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	ダイワ タロウ				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	大和 太郎					1				年 月 日 から 年 月 日 まで				
生年月日	昭和56 年 6 月 7 日 生		性別	男		2				年 月 日 から 年 月 日 まで				
被保険者証の記号・番号	100 ・ 1234567				※1	3				年 月 日 から 年 月 日 まで				
加入期間	平成30年 8月 1日 から 令和元年 7月 31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									
振込口座記入欄	大和	金融機関コード*				店舗コード	種目			口座番号			フリガナ	ダイワ タロウ
		銀行	1	2	3		4	本町	2	3	1 普通預金	2 3 4 5 6 7 8	口座名義人	大和 太郎
		信用金庫							2. 当座預金					
		信用組合							3. その他					

フリガナ	ダイワ ハナコ				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	大和 花子					1	後期高齢者医療			平成30年 8月 1日 から 令和元年 7月 31日 まで			添付無し
生年月日	昭和23 年 8 月 9 日 生		性別	女		2	介護保険			平成30年 8月 1日 から 令和元年 7月 31日 まで			1234567890
加入期間	平成30年 8月 1日 から 令和元年 7月 31日 まで				※3	3				年 月 日 から 年 月 日 まで			

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 年 月 日 まで			
生年月日	年 月 日 生		性別			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	3				年 月 日 から 年 月 日 まで			

備考												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ダイワボウ健康保険組合 理事長 殿

申請年月日 令和元 年 10 月 1 日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号 〒541-0056

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

住所 大阪市中央区久太郎町3-6-8

※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 大和 太郎

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 06-6281-2515

印