

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

申請区分 (該当する項目に□にチェック)	<input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	枚中	枚目
-------------------------	---	----	----

申請対象年度	年度	計算期間	年 月 日から 年 月 日まで
--------	----	------	-----------------

被保険者証の 記号番号	90-					計算期間の末日に加入する医療保険者の名称※1	
----------------	-----	--	--	--	--	------------------------	--

被 保 険 者 情 報		組合員		家族		家族	
	氏名・性別		男・女		男・女		男・女
	生年月日	昭和 平成	年 月 日生	昭和 平成	年 月 日生	昭和 平成	年 月 日生
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	

個人番号 (マイナンバー)							
------------------	--	--	--	--	--	--	--

		保険者加入履歴 ※2	保険者加入履歴 ※3	保険者加入履歴 ※4
1	保険者の名称			
	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	添付の自己負担額証明書整理番号			
2	保険者の名称			
	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	添付の自己負担額証明書整理番号			
3	保険者の名称			
	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	添付の自己負担額証明書整理番号			

振り込み先 金融機関	金融 機関名		口座 番号等	普通			
(中建国保に組合員資格が無い場合のみ記入)	支店名		フリガナ				
			口座 名義人				

備考							
上記のとおり申請いたします。							
			個人番号(マイナンバー) ↓				
中央建設国民健康保険組合理事長 殿							
組合員 (申請人)							
年 月 日							
						氏名 (印)	

支給決定額	取扱者
円	
本部受理	年 月 日

支部長	取扱者	出張所長
支部受理		
年 月 日		

国民健康保険法第57条の3に基づく保険請求