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）	☑ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 □ ②自己負担額証明書の交付を申請します。

1 枚中 1 枚目

申請対象年度	26 年度

計算期間	26 年 8 月 1 日から 27 年 7 月 31 日まで

国民健康保険法第57条の3に基づく保険請求

被保険者証の記号番号	90- 1399 1234

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	中建　一郎　(男)・女	中建　春子　男・(女)	中建　健一　(男)・女
	生年月日	(昭和)平成 42年1月15日生	(昭和)平成 45年4月8日生	(昭和)平成 17年11月23日生
	加入期間	H. 2年8月1日から H.27年7月31日まで	H. 2年8月1日から H.27年7月31日まで	H.12年4月1日から H.27年7月31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		中建国保	□□市介護保険
1	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	26年 8月 1日から 27年 7月 1日まで	26年 8月 1日から 27年 7月 31日まで
1	添付の自己負担額証明書整理番号			2014-99-XXXXXXXX1
2	保険者の名称			
2	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
2	添付の自己負担額証明書整理番号			
3	保険者の名称			
3	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
3	添付の自己負担額証明書整理番号			

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

備考	春子：糖尿病、健一：心筋梗塞（26年11月、12月）

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）　住所　○○県○○市○○町1－2－3

H.28年 1月 1日　　氏名　中建　一郎　㊞

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		

(H28.01作成)

中建国保様式給付第43号