

高額介護合算療養費支給・自己負担額証明書交付 申請書

(組合記入欄)

支給申請書整理番号	
高額介護合算療養費決定額	円 No.

申請対象年度	令和 ○○ 年度	対象となる計算期間	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日まで	枚中	枚目
--------	----------	-----------	-------------------------	----	----

フリガナ	申請者氏名	生年月日	性別	加入期間	保険者加入歴※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
キョウライ タロウ	共済 太郎	○○年 ○月 ○日	男	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日まで	1		年 月 日から 年 月 日まで	
					2		年 月 日から 年 月 日まで	
					3		年 月 日から 年 月 日まで	
組合員等記号・番号	○○○-○○○○			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	被扶養者氏名	生年月日	性別	加入期間	保険者加入歴※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
キョウライ ハコ	共済 花子	○○年 ○月 ○日	女	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日まで	1	○○ ○○	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日まで	○○○○○
					2		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	被扶養者氏名	生年月日	性別	加入期間	保険者加入歴※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで	1		年 月 日から 年 月 日まで	
					2		年 月 日から 年 月 日まで	
					3		年 月 日から 年 月 日まで	

備考	共済太郎 ○○年○月、○○年○月 共済花子 ○○年○、○、○、○月、○○年○月
----	--------------------------------------------

<p style="text-align: center;">香川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">申請年月日 令和 ○○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (住所) 〒○○○-○○○○</p> <p style="text-align: center;">(氏名) 共済 太郎</p> <p style="text-align: center;">(電話番号) ○○○-○○○-○○○○</p> <p>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。</p> <p>※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。 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。</p>	<p style="text-align: center;">上記内容に相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和○○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------