

【記載例】(高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合)

計算期間は8月1日から翌年7月31日までです。初年度(20年度分)のみ4月1日から翌年7月31日までとなります。

申請する項目にチェックしてください。

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

計機健康保険組合理事長

申請日 平成21年9月30日

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	平成 20 年度	対象となる計算期間	20年4月1日から 21年7月31日まで	1 枚中	1 枚目
------	--	--------	----------	-----------	----------------------	------	------

フリガナ	ケイキ タロウ			保険者の名称	加入期間	添付の	加入履歴欄や被扶養者記入欄などが足りない場合は2枚目以降に記入し、頁欄に全体の枚数と何枚目かを記入してください。	
申請者氏名	計機太郎 印			1 2 3 1	年 月 日から 年 月 日まで			
申請者住所	〒102-0083 電話 03 (3264) ×××× 東京都千代田区麹町1-8-5				計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭・平	47年4月1日生	性別		男・女	年 月 日から 年 月 日まで		
被保険者証の記号・番号	987	21	加入期間	20年4月1日から 21年7月31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	高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合は不要	

フリガナ	ケイキ ハナエ			保険者の名称	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	計機花江 計算期間の末日において被扶養者であった方を記入			1 2 3 3	20年4月1日から 20年11月30日まで	2008012345670000001	
生年月日	昭・平	49年5月1日生	性別		男・女	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	20年12月1日から		21年7月31日まで		年 月 日から 年 月 日まで		

フリガナ	ケイキ マスエ			保険者の名称	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	計機マスエ			1 2 3 3	20年4月1日から 21年1月31日まで	非世帯主のため添付なし	
生年月日	昭・平	20年6月1日生	性別		男・女	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	21年2月1日から		21年7月31日まで		年 月 日から 年 月 日まで		

備考 太郎：平成20年10月、平成21年6月(証明書省略)
花江：平成20年5月(けんぽ協会)、平成21年3月、4月

申請者及びその被扶養者であった方の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入します。

委任状 (受任者) 半蔵門 二郎 に
上記給付金の受領を
委任します。平成21年9月30日
委任者住所・氏名 東京都千代田区麹町1-8-5 印
(申請者) 計機太郎

受付印

社会保険労務士の提出代行印

振込口座	退職後に自分の口座で受け取る場合に記入してください。			支給区分
	銀行 信金	口座 番号 刃がけ	総合 普通	
	支店	口座 名義		