

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 20 年度	対象となる計算期間	平成20年 4 月 1 日から 平成21年 7 月 31日まで	<input type="radio"/> 枚中	<input type="radio"/> 枚目
--------	----------	-----------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------

フリガナ	ハナツバキ タロウ			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	花椿 太郎			保険者加入歴 ※1	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 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	〇〇 - 〇〇〇〇〇				3	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成20年 4 月 1 日から 平成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				
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	ハナツバキ タロウ
1. 窓口払い 2. 口座振込	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義人	花椿 太郎

フリガナ	ハナツバキ ハナコ			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	花椿 花子			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	性別	女		2	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成20年 4 月 1 日から 平成21年 7 月 31日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで		

フリガナ	ハナツバキ ジロウ			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	花椿 次郎			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	平成20年 4 月 1 日から 平成21年 7 月 31日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで		

備考	
----	--

資生堂健康保険組合理事長 殿

申請年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

- 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。

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇

申請者氏名 花椿 太郎

印

電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②いずれも丸で囲んでください。
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。