

届書コード	処理区分
6 3 B	

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 _____

申請区分	<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。	申請対象年度	平成・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				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
申請書氏名	⑩			保険者加入歴※1	1	年 月 日から 年 月 日まで	
申請者住所	〒 _____ 電話 (_____)				2	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭・平 年 月 年	性別	男・女		3	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	_____	加入期間	年 月 日から 年 月 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 _____			

フリガナ				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	⑩			保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭・平 年 月 年	性別	男・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	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				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	⑩			保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭・平 年 月 年	性別	男・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考	受取代理人の欄	<p>本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請書 住所 _____ 代理人の氏名と印 ⑩</p> <p>委任者と代理人との関係 _____</p> <p>氏名 _____ ⑩ 代理人の住所 〒 _____ 電話 (_____)</p>
----	---------	--

振込希望口座	支払区分	1 金融機関	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード(保険者記入欄)	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	フリガナ	口座名義人
--------	------	--------	-----------------------------	-------------------------	-----------------	------	--------------------------------	------	------	-------

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

社会保険労務士の提出代行者印 _____ ⑩

申請年月日 令和 年 月 日

受付年月日 _____
全国健康保険協会 RI.5