

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	<input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。	申請対象年度	令和 年度	年 月 日から	年 月 日まで	枚中	枚目
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。						

記号	番号	事業所						
フリガナ			保険者加入歴	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				1		年 月 日から	年 月 日まで	
生年月日	昭和・平成	年 月 日		性別		年 月 日から	年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで		※1	3	年 月 日から	年 月 日まで	

フリガナ			保険者加入歴	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				1		年 月 日から	年 月 日まで	
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日		性別		年 月 日から	年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで		※2	3	年 月 日から	年 月 日まで	

フリガナ			保険者加入歴	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				1		年 月 日から	年 月 日まで	
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日		性別		年 月 日から	年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで		※2	3	年 月 日から	年 月 日まで	

備考	<p>上記により申請し、給付金の受領を私の所属する保険給付金受領代理人に委任します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所 〒 氏名</p> <p style="text-align: right;">明治グループ健康保険組合理事長殿 印</p>							
----	---	--	--	--	--	--	--	--

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
 但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

健保受付印

備考欄

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者