

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	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	年	月	日生	性別								2		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号												3		年 月 日から 年 月 日まで	
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				
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						本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		
口座振込															

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	年	月	日生	性別								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	年	月	日生	性別								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														
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

三菱マテリアル健康保険組合理事長 殿 高額介護合算療養費の支給を申請します。 自己負担額証明書の交付を申請します。 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、	申請年月日 年 月 日	郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号	(印)
--	-------------	---	-----