

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

<記入例>

対象期間の開始日が属する年度。

申請する期間。通常は8月1日から7月31日の1年間を対象。

(健保記入欄)

支給申請書整理番号

申請書の枚数。

申請対象年度	R 1 年度	対象となる計算期間	R 1 年 8 月 1日から R 2 年 7 月 31日まで	申請書の枚数。	1 枚中 1 枚目
--------	--------	-----------	--------------------------------	---------	-----------

フリガナ	ミツビシ イチロウ			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	三 菱 一 郎			保険者加入歴 ※1	年 月 日から	
生年月日	S47年 8月 16日 生	性別	男		年 月 日まで	
被保険者記号	8900	被保険者番号	10		年 月 日から	
加入期間	R1年 8月 1日から R2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		
受診歴※4				当組合加入期間。途中で加入・喪失でなければ、対象となる計算期間と同じ。		

介護保険の加入履歴(保険者名・期間)を記入。
介護の自己負担額がない場合は、添付なしと記入。
計算期間に当組合途中加入の場合は、前の医療保険についても記入。

基準日(通常7月31日)に当組合加入であれば、記入不要。

フリガナ	ミツビシ ヤスコ			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	三 菱 康 子			保険者加入歴 ※3	R 1 年 8 月 1日から	添付なし
生年月日	S26年 12月 3日 生	性別	女		R 2 年 7 月 31日まで	
加入期間	R1年 8月 1日から R2年 7月 31日まで				当組合加入期間に医療機関に受診した年月を記入。 ただし、70歳未満は1件につき自己負担額が21,000円以上の月のみ記入。	
受診歴※4	R1年8月、R1年9月、R1年10月、R1年11月、R1年12月、R2年1月、R2年2月、R2年3月、R2年4月、R2年5月、R2年6月、R2年7月					

フリガナ	ミツビシ 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
被扶養者氏名	三 菱 太 郎			保険者加入歴 ※3	R 1 年 8 月 1日から	200806130686000138
生年月日	S22年 6月 21日 生	性別	男		R 2 年 7 月 31日まで	
加入期間	R1年 8月 1日から R2年 7月 31日まで				介護の自己負担額がある場合、介護の自己負担額証明書を添付。その証明者に記載されている整理番号を記入。	
受診歴※4						

三菱健康保険組合理事長 宛

申請年月日

R 2 年 8 月 5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。

〒 272 - 0034

住所 千葉県市川市市川7丁目8

申請者氏名 三 菱 一 郎

電話番号 047-333-〇×〇×

事業所名 丸の内商事株式会社

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