

高額介護合算療養費支給・自己負担額証明書交付 申請書

(組合記入欄)

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 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 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    |      | 平成 | 年 | 月   | 日から             |  |
| 生年月日                | 昭和 | 年 | 月 | 日   | 生  | 性別 |   |     |                            |  |  | 2 |        |      | 平成   | 年  | 月 | 日から |                 |  |
| 組合員証記号・番号<br>又は個人番号 |    |   |   |     |    |    |   |     |                            |  |  |   |        | 3    |      | 平成 | 年 | 月   | 日から             |  |
| 加入期間                | 平成 | 年 | 月 | 日から | 平成 | 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    |      | 平成 | 年 | 月   | 日から             |     |  |
| 生年月日   | 昭和 | 年 | 月 | 日   | 生  | 性別 |   |     |    |  |  | 2 |        |      | 平成   | 年  | 月 | 日から |                 |     |  |
| 加入期間   | 平成 | 年 | 月 | 日から | 平成 | 年  | 月 | 日まで | 平成 |  |  |   |        |      |      |    |   | 年   | 月               | 日から |  |

|        |    |   |   |     |    |    |   |     |    |  |  |   |        |      |      |    |   |     |                 |     |  |
|--------|----|---|---|-----|----|----|---|-----|----|--|--|---|--------|------|------|----|---|-----|-----------------|-----|--|
| 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    |      | 平成 | 年 | 月   | 日から             |     |  |
| 生年月日   | 昭和 | 年 | 月 | 日   | 生  | 性別 |   |     |    |  |  | 2 |        |      | 平成   | 年  | 月 | 日から |                 |     |  |
| 加入期間   | 平成 | 年 | 月 | 日から | 平成 | 年  | 月 | 日まで | 平成 |  |  |   |        |      |      |    |   | 年   | 月               | 日から |  |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                       |       |    |   |   |   |         |   |   |  |   |    |      |  |   |                    |    |   |   |   |    |      |    |   |
|---------------------------------------|-------|----|---|---|---|---------|---|---|--|---|----|------|--|---|--------------------|----|---|---|---|----|------|----|---|
| 群馬県市町村職員共済組合理事長 様                     | 申請年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 申請者(住所) | 〒 | — |  | 印 | 氏名 | 電話番号 |  | 印 | 上記内容に相違ないことを証明します。 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 職名 | 所属所長 | 氏名 | 印 |
| 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。                  |       |    |   |   |   |         |   |   |  |   |    |      |  |   |                    |    |   |   |   |    |      |    |   |
| ※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。   |       |    |   |   |   |         |   |   |  |   |    |      |  |   |                    |    |   |   |   |    |      |    |   |

(注) 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。