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	令和　　年度	対象となる計算期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　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	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日　生		2		年　月　日から 年　月　日まで	
組合員等記号・番号 又は個人番号			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 ※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		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日　生		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	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日　生		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	

群馬県市町村職員共済組合理事長　　様

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者（住所）　〒　　－

（氏名）

（電話番号）

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。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職　名

氏　名

（注）組合員等記号・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。