

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	令和	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					※1		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			
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
1 窓口払い 2 口座振込						1 普通預金 2 当座預金 9 その他		

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		
----	--	--

シチズン健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年	月	日	
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。					郵便番号
② 自己負担額証明書の交付を申請します。					住所
※自己負担額証明書の交付を行う場合、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。					申請者氏名
					電話番号

㊞