

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3年度	対象となる計算期間	令和3年 8月 1日 から 令和4年 7月 31日	1	枚中	1	枚目
--------	-------	-----------	---------------------------	---	----	---	----

フリガナ	ダイワ タロウ			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	大和 太郎				1				年 月 日 から									
生年月日	昭和56年 6月 7日生	性別	男		2				年 月 日 から									
被保険者証の記号・番号	65・1234567			※1	3				年 月 日 から									
加入期間	令和3年 8月 1日 から 令和4年 7月 31日まで			計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2														
振込口座記入欄	大和	金融機関コード			店舗コード	種目			口座番号			フリガナ	ダイワ タロウ					
		銀行	1	2		3	4	本店	2	3	1 普通預金	2	3	4	5	6	7	8
		信用金庫				支店												
		信用組合				出張所												

フリガナ	ダイワ ハナコ			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	大和 花子				1	後期高齢者医療			令和3年 8月 1日 から	令和4年 7月 31日 まで		添付無し
生年月日	昭和27年 8月 9日生	性別	女		2	介護保険			令和3年 8月 1日 から	令和4年 7月 31日 まで		1234567890
加入期間	令和3年 8月 1日 から 令和4年 7月 31日 まで			※3	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	3				年 月 日 から	年 月 日 まで	

備考											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ダイワボウ健康保険組合 理事長 殿

申請年月日 令和4年 10月 1日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号 〒541-0056

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

住所 大阪市中央区久太郎町3-6-8

※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。

申請者氏名 大和 太郎

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。

電話番号 06-6281-2515