

## 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	1	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	2			年 月 日 から 年 月 日 まで				
生年月日	昭和56年6月7日生	性別	男	3	年 月 日 から 年 月 日 まで				
被保険者証の記号・番号	100・1234567			※1	年 月 日 から 年 月 日 まで				
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	1 2 3 4	本店コード	2 3	種目	口座番号	フリガナ	ダイワ タロウ
	銀行			支店		1 普通預金	2 3 4 5 6 7 8	口座名義人	大和 太郎
	信用金庫			出張所		2. 当座預金			
	信用組合					3. その他			
フリガナ	ダイワ ハナコ	保険者加入歴	1	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	2		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	3	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	年 月 日 から 年 月 日 まで				
フリガナ		保険者加入歴	1	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		2			年 月 日 から 年 月 日 まで				
生年月日	年 月 日生	性別		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			※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			大阪府中央区久太郎町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					