

記入例

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。

対象となる計算期間は8月1日から、翌年7月31日以前の精算対象者の資格喪失日の前日までとしてください。
ただし、平成21年7月以前の療養等にかかる申請をする場合、平成20年4月1日から、21年7月31日以前の精算対象者の資格喪失日の前日までとしてください。

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。

(様式 ①)

高額介護合算療養費支給申請書

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 20 年度	対象となる計算期間	平成 20 年 4 月 1 日から 平成 21 年 7 月 31 日まで		2	枚中	1	枚目
--------	----------	-----------	--------------------------------------	--	---	----	---	----

申請対象年度は「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載することになります。添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。

フリガナ	ケンポ 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	健保 太郎			1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生	性別	男	2		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7			3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 2 年 4 月 1 日から 年 月 日まで						

医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入していた履歴があれば記入してください。
介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。(介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。)
加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。
加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄が足りない場合(対象被扶養者が3人以上の場合・保険者加入履歴が4か所以上の場合)は、2枚目以降に記入してください。

フリガナ	ケンポ マツコ			保険者加入歴 ※3	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	健保 松子			1	〇〇市介護	平成 20 年 4 月 1 日から 平成 21 年 6 月 1 日まで	1 2 3 - 4 5 6 7 8 9
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生	性別	女	2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 2 年 4 月 1 日から 年 月 日まで			3		年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	ケンポ ウメタロウ			保険者加入歴 ※3	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	健保 梅太郎			1	〇〇市介護	平成 20 年 4 月 1 日から 平成 21 年 6 月 1 日まで	9 2 3 - 5 5 6 7 8 9
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生	性別	男	2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 2 年 4 月 1 日から 年 月 日まで			3		年 月 日から 年 月 日まで	

備考	
----	--

武田薬品健康保険組合理事長 殿	申請年月日 平成 21 年 11 月 1 日	
高額介護合算療養費の支給を申請します。 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委託します。 (但し、任意継続者は直接払い(振込)となります。)	郵便番号 567-0000 住所 〇〇市〇〇区××町1-1 申請者氏名 健保 太郎 電話番号 999(9999)-9999	<input type="text"/> 押印してください。

健保

