## 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(様式12-2号)													事務局長	班長	担当者	支給	
支部長																年 月 日	
印									(保険者記入欄)	支給申請	青書整理都	番号					
申請対象年度	令和	年度	計算期間の	始期及び終期	令和	年 月 [	日から	)	令和 年 月	日まで	]			枚中		枚目	
フリガナ						対象者区分			保険者名	h	1入期間		添付の	自己負担	額証明書整	<b>೬理番号</b>	
申請者氏名							保険	1			F 月	日から 日まで					
生年月日		年	月	月 生	性別		者加1	2			F 月 F 月	日から 日まで					
記号・番号	宮建・	A		個人番号			入歷		加入期間における 受診歴	8月 9月 年	10月 11.	月 12月	1月 年	2月 3月	4月 5月	6月 7月	
加入	期間																
□ 小☆△	取口座を利用	またス (条章	男老け口に手。	- w カ)													
大			a は、次の振i	込金融機関の記		0											
支給 方 口座振替	銀 行 金融機関コード 口座振替 振込口座 信用金庫					本 店 支 店		舗コー	1. 普通預金	口座番号			フリガナ				
去 口座振替	記入欄		信用組			出張所	- 1		2. 当座預金 9. その他			口座名郭	差人				
フリガナ						対象者区分			保険者名	) h	1入期間		添付の	自己負担	額証明書整	<b></b>	
対象者氏名				1			保険	1			手 月 手 月	日から 日まで					
記号・番号	宮建・	A		個人番号			者			É	 手 月	日から					
生年月日		年	月	日 生	性別		加入	2		4	手 月	日まで					
加入	期間	年	月	目から	年 月	日まで	歴		加入期間における 受診歴	8月 9月 年	10月 11.	月 12月	1月	2月 3月	4月 5月	6月 7月	
フリガナ						対象者区分			保険者名	) Ji	1入期間		添付の	自己負担	額証明書幣	<b>೬理番号</b>	
対象者氏名							保	1			F 月 F 月	日から 日まで					
記号・番号	宮建・	A		個人番号			険者			£	手 月	日から	+				
生年月日		年	月	日 生	性別		加入	2			F 月	日まで					
加入	期間	年	月	目から	年 月	日まで	歴		加入期間における 受診歴	8月 9月 年	10月 11.	月 12月	1月 年	2月 3月	4月 5月	6月 7月	
/#:								<u> </u>		'							
備考																	
						+	-± /-		be								
<ol> <li>高額介護</li> </ol>	合質療養費	(高額医療合	· 篇介護 (予I	方)サービス費	)の支給を申	-	請年	月日	年 月 郵便番号	B							
•	額証明書の交			···	, >	0 00 / 0			住所								
				のいずわまぁ	で囲りでくだ	41.1				Þ							
				のいずれも丸'					組合員氏。	白					A	U	
$\overline{}$							のみる	を丸て	ご囲んでください。 電話番号								
(③) 本申請を	もって、保険	者加入歴に	記載のある他	也の保険者に対	しても、支給	を甲請します。											

## 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(様式12-3号)

事務局長 班長 担当者 支給 年 月 日

(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	İ
----------	-----------	---

申請	討象年度	令和	年度	計算期間の	始期及び終期	令和	年 月	日から	)	令和 年	月	日まで			枚中		枚目
フリガナ					対象者区分	Ī		保険者名		加	1入期間	添付の	自己負担額	須証明書 繋	<b>逐理番号</b>		
申詞	請者氏名							保険	1			年年					
生	年月日		年	月	日 生	性別		者加入	2			年年					
記号	号・番号	宮建・		A	個人番号	T		歴		加入期間における 受診歴		8月 9月 年 8月 9月	10月 11月 12月	1月 年	2月 3月	4月 5月	6月 7月
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															
支		☆金受取口座を利用する(希望者は□にチェック) ※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。															
給力		振込口座	Τ		行 金融機関コ	<u>  -                                   </u>	本		舗コー			口座番号	口座番号 フリガナ		<del> -</del>		
法	口座振替	記入欄		信用金 信用組			支 出張			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			口座名	義人			_
-	フリガナ						対象者区分	T		保険者名		) I	1入期間	添付の	自己負担額	須証明書鏨	<b>建理番号</b>
対針	象者氏名							保険	1			年年	E 月 日から E 月 日まで				
記号	号・番号	宮建・		A	個人番号			者加	2			年	三月 目から				
生	年月日		年	月	日 生	性別		入	2			年	月 日まで				
加加	入	期間	4	年 月	目から	年 月	目まで	歴		加入期間における 受診歴	期間における 受診歴 年 8月 9月			1月 年	2月 3月	4月 5月	6月 7月
-	フリガナ		-				対象者区分	〒		保険者名		加	1入期間	添付の	自己負担額	須証明書整	<b>逐理番号</b>
対象	象者氏名							保険	1			年年	E 月 日から E 月 日まで				
	号・番号	宮建・		A	個人番号			者加	2			年					
生	年月日		年	月	日 生	性別		入									
加	入	期間	4	年 月	目から	年 月	日まで	歴		加入期間における 受診歴		8月 9月 年	10月 11月 12月	1月 年	2月 3月	4月 5月	6月 7月
備考																<u></u>	
<u>=</u>																	
1	高額介護	合算療養費	(高額医療	· 『合算介護(予	防)サービス費)	)の支給を申		申請年月	月日	年郵	月 便番号	日					
2	自己負担	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。												ra					
											Ħ	]					
(3)	高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)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  ③ 本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。																