

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)

支 部 長 印	
------------------	--

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

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	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号										
申請者氏名				保 険 者 加 入 歴	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												
記号・番号	宮建・ A		個人番号		加入期間における 受診歴			8月	9月	10月	11月	12月	1月	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 給 方 法	<input type="checkbox"/> 公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。																				
	口座振替	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. 普通預金 2. 当座預金 9. その他														

フリガナ				対象者区分			保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号								
対象者氏名				保 険 者 加 入 歴	1			年 月 日から 年 月 日まで											
記号・番号	宮建・ A		個人番号		2			年 月 日から 年 月 日まで											
生年月日	年	月	日生		性別	加入期間における 受診歴			8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで																		

フリガナ				対象者区分			保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号								
対象者氏名				保 険 者 加 入 歴	1			年 月 日から 年 月 日まで											
記号・番号	宮建・ A		個人番号		2			年 月 日から 年 月 日まで											
生年月日	年	月	日生		性別	加入期間における 受診歴			8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで																		

備 考	
--------	--

	申請年月日	年	月	日	
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申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。					組合員氏名
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の保険者に対しても、支給を申請します。					印

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

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	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																
記号・番号	宮建・ A		個人番号			加入期間における 受診歴						8月	9月	10月	11月	12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							年					年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
支給方法	<input type="checkbox"/> 公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。																							
	口座振替	振込口座 記入欄	銀行	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											
			信用金庫				1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他						口座名義人											
			信用組合																					

フリガナ				対象者区分		保険者名	加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号												
対象者氏名					1		年 月 日から 年 月 日まで																	
記号・番号	宮建・ A		個人番号			2		年 月 日から 年 月 日まで																
生年月日	年	月	日生	性別		加入期間における 受診歴						8月	9月	10月	11月	12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							年					年	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	加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号												
対象者氏名					1		年 月 日から 年 月 日まで																	
記号・番号	宮建・ A		個人番号			2		年 月 日から 年 月 日まで																
生年月日	年	月	日生	性別		加入期間における 受診歴						8月	9月	10月	11月	12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							年					年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月

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

申請年月日 年 月 日																						
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申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。												組合員氏名										
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。												印										