

申請区分 ① の場

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

令和6年10月更新

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請区分	☒ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 ☐ ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	令和 6年度	対象となる計算期間	6年 8月 1日 から 7年 7月 31日まで	枚中	枚目
------	--	--------	--------	-----------	-------------------------	----	----

フリガナ	ケンポ タロウ			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	〇〇市介護保険 6年 8月 1日 から 7年 1月 31日 まで	0000000000000000
申請者住所	〒 ×××-×××× ×××× 電話 090 (1234) 5678 新潟県上越市〇〇〇×-×-×			2	直江津電子健康保険組合 7年 2月 1日 から 7年 7月 31日 まで	
生年月日	(昭)平・令 〇〇 年 1 月 10 日	性別	(男)女	3	年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者等 記号・番号	10	—	1000	加入 期間	7年 2月 1日から 7年 7月 31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※2
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

フリガナ	ケンポ ハナコ			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 花子			1	〇〇市介護保険 6年 8月 1日 から 7年 1月 31日 まで	0000000000000000
生年月日	(昭)平・令 〇〇 年 10 月 10 日	性別	男(女)	2	直江津電子健康保険組合 7年 2月 1日 から 7年 7月 31日 まで	
加入期間	7年 2月 1日から 7年 7月 31日まで			3	年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ	ケンポ ジロウ			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 次郎			1	全国健康保険協会 〇〇支部 6年 8月 1日 から 6年 12月 31日 まで	添付なし
生年月日	(昭)平・令 〇〇 年 7 月 10 日	性別	(男)女	2	〇〇市介護保険 7年 1月 1日 から 7年 7月 31日 まで	対象期間における自己負担額がない場合 は添付不要「添付なし」と記入
加入期間	7年 1月 1日から 7年 7月 31日まで			3	年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考	太郎:令和6年10月 花子:令和6年10月、令和7年1月 次郎:令和7年4月、5月	加入期間における受診歴 (受診した年月)を記入	受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 — 電話 ()		
	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です					
	被保険者のマイナンバー記載欄(12桁)					

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																								
振込希望口座	支 払 区 分	金 融 機 関	〇〇	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	〇〇	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード							預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号							フリガナ	ケンポ タロウ
							1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7		

社会保険労務士記載欄	申請年月日 令和 年 月 日	受付年月日
------------	----------------	-------

申請区分 ② の場

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

令和6年10月更新

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	☐ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。	申請対象年度	令和 6年度	対象となる計算期間	6 年 8 月 1 日 から 7 年 7 月 31日まで	枚中	枚目
	☒ ②自己負担額証明書の交付を申請します。						

フリガナ	ケンポ タロウ			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	記入不要
申請者住所	〒 × × × - × × × × × 電話 新潟県上越市〇〇〇 × - × - × 090 (1234) 5678			2	年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭・平・令 5 年 1 月 10 日	性別	男・女	3	年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者等 記号・番号	10	—	1000	加入 期間	7 年 2 月 1 日から 7 年 6 月 30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※2 全国健康保険協会 〇〇支部 等 7月31日時点で加入していた医療保険者の名称を記入
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

フリガナ	ケンポ ハナコ			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 花子			1	年 月 日 から 年 月 日 まで	記入不要
生年月日	昭・平・令 5 年 10 月 10 日	性別	男・女	2	年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	7 年 2 月 1 日から 7 年 6 月 30 日まで			3	年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ				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	記入不要
生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考	受取代理人の欄			本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 — 電話 ()		
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です 被保険者のマイナンバー記載欄(12桁)						

振込希望口座												金融機関コード												預金種別		口座番号							フリガナ		ケンポ タロウ					
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。												銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協												店・本店 支店・出張所 本所・支所		1:普通 2:当座 3:別段		4:通知 5:貯蓄		1 2 3 4 5 6 7							口座名義人		健保 太郎	

社会保険労務士記載欄	申請年月日 令和 年 月 日												受付年月日	
------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--