

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平成 年 月 日			

高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明交付申請書

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	計 算 期 間
被保険者証の記号番号	—	年度	年 月 日～ 年 月 日
組合員氏名	男 女	生 年 日 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
			加 入 期 間 年 月 日から 年 月 日まで
保 險 者 加 入 履 歴	保 險 者 の 名 称	加 入 期 間	
	1	年 月 日～ 年 月 日	
	2	年 月 日～ 年 月 日	
	3	年 月 日～ 年 月 日	
			自己負担額証明書整理番号

家族氏名	男 女	生 年 日 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
			加 入 期 間 年 月 日から 年 月 日まで
保 險 者 加 入 履 歴	保 險 者 の 名 称	加 入 期 間	
	1	年 月 日～ 年 月 日	
	2	年 月 日～ 年 月 日	
	3	年 月 日～ 年 月 日	
			自己負担額証明書整理番号

家族氏名	男 女	生 年 日 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
			加 入 期 間 年 月 日から 年 月 日まで
保 險 者 加 入 履 歴	保 險 者 の 名 称	加 入 期 間	
	1	年 月 日～ 年 月 日	
	2	年 月 日～ 年 月 日	
	3	年 月 日～ 年 月 日	
			自己負担額証明書整理番号

上記のとおり申請します。なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振り込みください。

住 所

平成 年 月 日 組合員 氏 名 ㊟

電 話 番 号 () —

愛知建連国民健康保険組合理事長 殿

右記のとおり支給を決定してよろしいか。

振 込 先	銀行	信用金庫	本店
	農協	信用組合	支店
			出張所
	預金種別	普通	当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

支給決定額	※
-------	---

本部受付欄	支部受付欄

注 意 事 項

- ・ひとつの世帯で医療保険と介護保険の両方の負担があり、合計が一定限度額（所得による区分があります）を超えた場合に支給されます。対象となる期間は毎年8月から7月です。
- ・対象となる医療費は高額療養費と同様です。高額療養費の支給があるときは、その額を控除した額となります。
- ・この申請書で支給申請と自己負担額証明申請の両方が行えます。それぞれの手続きについて次のことにご注意ください。

○支給申請するとき

- ・対象となる期間内の介護保険の加入履歴を記入し、介護保険者より交付される（介護保険者に申請が必要です）自己負担額証明書を添付してください。
- ・対象となる期間内に医療保険者の変更があるときは、加入履歴に記載してください。自己負担額があるときは、保険者から交付された自己負担額証明書を添付してください。自己負担額がないときは「添付なし」と記入してください。
- ・家族の支給申請については、計算基準日（7月31日）に被保険者であった方が対象になります。

○自己負担額証明書の交付を申請するとき

- ・自己負担額証明書の交付申請をするときは、支給申請も同時に行ってください。

【振込先の記入例】

※記入漏れのないよう正確に記入してください。

振 込 先	○ ○	銀行	信用金庫	△ △	本店		
		農協			支店		
	預金種別	普通		当座			
	口座番号	1	2	3	4	5	6
フリガナ	アイケン タロウ						
口座名義	愛 建 太 郎						