

高額介護合算療養費支給申請 記入例

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

- 高額介護合算療養費の支給を申請します。(計算期間の末日において組合員である場合)
- 自己負担額証明書の交付及び高額介護合算療養費の支給を申請します。(計算期間の末日において組合員でない場合)
(該当口に「レ」チェック)

			1 枚中	1 枚目
所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名	
〇〇〇〇〇〇	△△小学校	123456	福利太郎	
申請対象年度	平成 〇〇 年度	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
対象となる計算期間	平成 〇〇年 ××月 △△日 から 平成 ××年 〇〇月 △△日 まで			
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※1	保険者名	加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
	1	月 日から 月 日まで		
	2	月 日から 月 日まで		
	3	平成 年 月 日から 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 ※2		※記入不要		

対象となる計算期間内に加入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

被扶養者氏名	福利和歌子	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※3	保険者名	加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
	1	月 日から 月 日まで		
	2	月 日から 月 日まで		
	3	平成 年 月 日から 月 日まで		

対象となる計算期間内に加入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

被扶養者氏名	福利三郎	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※3	保険者名	加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
	1	月 日から 月 日まで		
	2	月 日から 月 日まで		
	3	平成 年 月 日から 月 日まで		

対象となる計算期間内に加入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

備考	※備考欄には申請者及びその被扶養者であった者の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については不要です)
----	--

<p>上記のとおり申請します。</p> <p>公立学校共済組合和歌山支部長 様</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>申請者氏名 福利太郎 印</p> <p>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。 ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②いずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養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。</p>	<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所属所名 △△小学校 所属所長 校長 共済 裕司 印 職氏名 電話番号 △△△ (△△△)△△△△</p>
---	---

自己負担額証明書交付申請書 記入例

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

- 高額介護合算療養費の支給を申請します。(計算期間の末日において組合員である場合)
- 自己負担額証明書の交付及び高額介護合算療養費の支給を申請します。(計算期間の末日において組合員でない場合)
(該当口に「レ」チェック)

			1 枚中	1 枚目	
所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名		
〇〇〇〇〇〇	△△小学校	123456	福利太郎		
申請対象年度	平成 〇〇 年度	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		
対象となる計算期間	平成 〇〇 年 ×× 月 △△ 日 から 平成 ×× 年 〇〇 月 △△ 日 まで				
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※ 1	保険者名		加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
	1	※記入不要		平成 年 月 日から	
	2			平成 年 月 日まで	
	3			平成 年 月 日から	
		正式な保険者名を記入してく ださい。(計算期間の末日に 加入する保険者への支給申請 の場合は不要です)			
計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2					

被扶養者氏名		福利和歌子		生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※ 3	保険者名		加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号	
	1	※記入不要		平成 年 月 日から		
	2			平成 年 月 日まで		
	3			平成 年 月 日から		
		平成 年 月 日まで				

被扶養者氏名		福利三郎		生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
保計 険算 者期 加間 入内 暦の ※ 3	保険者名		加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号	
	1	※記入不要		平成 年 月 日から		
	2			平成 年 月 日まで		
	3			平成 年 月 日から		
		平成 年 月 日まで				

備考 ※備考欄には申請者及びその被扶養者であった者の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については不要です)

<p>上記のとおり申請します。 公立学校共済組合和歌山支部長 様</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>申請者氏名 福利太郎 福 印</p> <p>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。 ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②いずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養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。</p>	<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所属所名 △△小学校 所属所長 校長 共済 裕司 △△ 小学校 印 職氏名 電話番号 △△△ (△△△)△△△△</p>
---	---