

高額介護合算療養費請求書・自己負担額証明書交付申請書

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目
--------	----	-----------	---	---	-----	---	---	-----	----	----

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		
申請者名前						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			
組合員等記号・番号						3	年 月 日から 年 月 日まで			
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 ※2					

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者名前						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	
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	

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者名前						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	
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											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">申請年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者(住所) 〒 -</p> <p style="text-align: right;">(名前)</p> <p style="text-align: right;">(電話番号) () -</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。</p> <p>※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。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</p>	<p>上記内容に相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">名 前</p>
---	--