

記入例 申請区分①の場合

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

常務理事	係員	係員

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 1 年度	対象となる計算期間	令和1年8月1日から 令和3年7月31日まで
------	--	--------	---------	-----------	------------------------

フリガナ	キョウアイ 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	共愛 太郎			1 全国健康保険協会 〇〇支部	令和1年 8月 1日 から 令和1年 10月 31日 まで	*****
申請者住所	〒 871-0000 電話 090 (1234) 5678 北九州市戸畑区小芝2-2-6-201			2 〇〇健康保険組合	令和1年 11月 1日 から 令和2年 1月 31日 まで	*****
生年月日	昭・平・令 〇〇年 3月 9日	性別	男・女	3 共愛会健康保険組合	令和2年 2月 1日 から 令和3年 7月 31日 まで	
被保険者等 記号・番号	111	—	〇〇〇〇〇	加入 期間	令和2年 2月1日から 令和3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
・被保険者等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)				備考	太郎：令和2年5月 花子：令和2年8月	

フリガナ	キョウアイ 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	共愛 花子			1 全国健康保険協会 〇〇支部	令和1年 8月 1日 から 令和1年 10月 31日 まで	*****
生年月日	昭・平・令 〇〇年 1月 18日	性別	男・女	2 〇〇健康保険組合	令和1年 11月 1日 から 令和2年 1月 31日 まで	*****
加入期間	令和2年 2月 1日から 令和3年 7月31日まで			3 共愛会健康保険組合	令和2年 2月 1日 から 令和3年 7月 31日 まで	添付なし

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	
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	

振込希望 口座	☐ 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。												
支 払 区 分	金 融 機 関	〇〇	銀行・金庫 信組・信連 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							
						1	2	3	4	5	6	7	
						預金 種別	普通						
							1	2	3	4	5	6	7
							口座番号					フリガナ	キョウアイ タロウ
							口座名義人					共愛 太郎	

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

(R6.10)

受付年月日

共愛会健康保険組合

記入例 申請区分②の場合

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

常務理事	係員	係員

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 1 年度	対象となる計算期間	令和1年8月1日から 令和3年7月31日まで
	☒ ②自己負担額証明書の交付を申請します。				

フリガナ	キョウアイ タロウ		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	
申請者氏名	共愛 太郎			1		年 月 日 から 年 月 日 まで				
申請者住所	〒 871-0000 電話 090 (1234) 5678 北九州市戸畑区小芝2-2-6-201			2		年 月 日 から 年 月 日 まで				
生年月日	昭・平・令 ○○年 3月 9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	111	—	00000	加入期間	令和2年 2月1日から 令和3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			共愛会健康保険組合	
・被保険者等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)				備考						

フリガナ	キョウアイ ハナコ		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		
被扶養者氏名	共愛 花子			1		年 月 日 から 年 月 日 まで					
生年月日	昭・平・令 ○○年 1月 18日	性別		男・女	2		年 月 日 から 年 月 日 まで				
加入期間	令和2年 2月 1日から 令和3年 7月31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		
被扶養者氏名				1		年 月 日 から 年 月 日 まで					
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					

振込希望口座	☐ 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。																									
	支払区分	金融機関	〇〇		銀行・金庫 信組・信連 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	普通	口座番号							フリガナ	キョウアイ タロウ
			1	2		3	4		5	6	7	1	2	3	4			5	6	7	口座名義人	共愛 太郎				

社会保険労務士記載欄		申請年月日 令和 年 月 日	(R6.10)
------------	--	----------------	---------

受付年月日

共愛会健康保険組合