

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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 8 年度	対象となる計算期間	令和 8 年 8 月 1 日 から 令和 9 年 7 月 31 日 まで		1	枚中	1	枚目	
フリガナ	ダイワ タロウ		保険者加入歴	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	大和 太郎			1		年 月 日 から 年 月 日 まで			
生年月日	昭和 50 年 4 月 1 日 生	性別		男	2		年 月 日 から 年 月 日 まで		
記号・番号	65・123456			※1	3		年 月 日 から 年 月 日 まで		
加入期間	令和 8 年 8 月 1 日 から 令和 9 年 7 月 31 日		計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2						
振込口座記入欄	大和	金融機関コード	本店コード	種目	口座番号	フリガナ	ダイワ タロウ		
		銀行 信用金庫 信用組合							本店 支店 出張所
		1 2 3 4	1 2 3	1 普通預金 2. 当座預金 3. その他	2 3 4 5 6 7 8	口座名義人	大和 太郎		
フリガナ	ダイワ ハナコ		保険者加入歴	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	大和 花子			1	後期高齢者医療費	令和 8 年 8 月 1 日 から 令和 9 年 7 月 31 日 まで	添付無し		
生年月日	昭和 25 年 6 月 1 日 生	性別		女	2	介護保険	令和 8 年 8 月 1 日 から 令和 9 年 7 月 31 日 まで	1234567890	
加入期間	令和 8 年 8 月 1 日 から 令和 9 年 7 月 31 日 まで			※3	3		年 月 日 から 年 月 日 まで		
フリガナ			保険者加入歴	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	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	3		年 月 日 から 年 月 日 まで		
備考									
ダイワボウHD健康保険組合 理事長 殿				申請年月日 令和 9 年 10 月 1 日					
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。				郵便番号 〒530-0005					
② 自己負担額証明書の交付を申請します。				住所 大阪市北区中之島3丁目2番4号					
※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。				申請者氏名 大和 太郎					
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。				電話番号 06-7739-7313					