健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

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

健康保険被保険者	
記号	番号（右づめで記入）
被保険者の氏名	
（氏）	（名）

申請日	令和　　年　　月　　日			
事業所名				
所属（または出向先）	部　　室・グループ 課・工場			
被保険者住所	〒			
連絡先	自宅			
	職場（外線）		内線	

被保険者記入欄	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。（7月31日時点で他健保に在籍）	申請枚数	枚中　　枚目
			申請対象年度	令和　　年度
	対象となる計算期間	年 8 月 1 日 から　　年 7 月 31 日 まで		
	保険者加入歴	保険者名（介護保険及び医療保険）	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
	合算対象となる被扶養者の氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
			続柄	
	保険者加入歴	保険者名（介護保険及び医療保険）	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
	合算対象となる被扶養者の氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
			続柄	
	保険者加入歴	保険者名（介護保険及び医療保険）	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
			年　月　日 から　年　月　日まで	
	委任状（任継者は記載不要）	日本製鉄健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名		

【添付書類】　① 高額介護合算療養費の支給を申請する場合、他の保険者が発行した自己負担額証明書を添付してください。

被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
（注）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。

備考欄	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

健保記入欄		
	受付No.	
	備考	
	支給決定額	円