

提出  
区分

- 1 申請者から直接
- 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

組合員	被保険者証 記号・番号		氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	住所	〒 _____													
	電話番号	( ) _____ 1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )													
申請年月日	平成	年	月	日	事業所名										
申請者区分	1 組合員 次「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。														

申請者	氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	住所	〒 _____											
	電話番号	( ) _____ 1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )											

○ 申請内容に関する項目 合算対象被保険者が3人以上の場合、申請書を複数枚作成のうえ「申請書枚数」欄に枚数を記入してください。

申請内容	1 高額介護合算療養費の支給申請を行います。	申請書枚数	枚 / 枚中	年度	平成	年度	
	2 高額介護合算療養費の支給申請と自己負担額証明書の交付申請を行います。	申請対象期間	平成	年	8月1日から	平成	年

組合員（申請者）	氏名（生年月日）	( 昭・平 年 月 日生 )				本組合の有資格(加入)期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	保険者加入暦等	保険者名				有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号							
		1	平成	年	月	日から								
合算対象被保険者	氏名（生年月日）	( 昭・平 年 月 日生 )				本組合の有資格(加入)期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	保険者加入暦等	保険者名				有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号							
		1	平成	年	月	日から								
合算対象被保険者	氏名（生年月日）	( 昭・平 年 月 日生 )				本組合の有資格(加入)期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	保険者加入暦等	保険者名				有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号							
		1	平成	年	月	日から								

○ 受領方法、振込先等

受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。													
該当する番号を○で囲んでください。 なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。	1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。）													
	2 次の代理人に受領を委任します。 次「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。													
	平成	年	月	日	組合員	氏名								
					(申請者)	住所								

代理人	氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
	住所	〒 _____												
申請者との関係	電話番号	( ) _____ 1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )												

振込先	金融機関名称					支店名称					コード
	預金種目					口座番号					口座名義(フリガナ)
	1 普通 (総合を含む)・2 当座										( )

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「申請内容」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・組合員（申請者）及び合算対象被保険者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、組合員（申請者）の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写を添付してください。

・高額介護合算療養費の申請を行う場合は、介護保険者が交付した自己負担額証明書を添付してください。また、自己負担額証明書の交付申請のみを行う場合（申請内容が「2」の場合）は、介護保険者又は他の医療保険者が交付した自己負担額証明書を添付する必要はありません。

・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面（ゆうちょ銀行の場合は振込用の口座番号等記載面）写を添付してください。（その場合、「振込先」欄は記入不要です。）