

同 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
資 格 取 得 日	昭・平	年	月	日
被保険者証の記号番号	記号		番号	

常務理事	事務長	担当者

健康保険 高額介護合算療養費支給申請書

申請対象年度	対象となる計算期間			申請日
平成・令和 年度	平成・令和 年 月 から 平成・令和 年 月			令和 年 月 日
健保記号・番号	社員NO	被保険者氏名	所属コード	生年月日
—				昭・平 年 月 日
被保険者の加入暦		介護保険者名およびオカムラ健保以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
	1		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	
	2		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	

① 被扶養者の加入暦	被扶養者氏名		生年月日	加入期間
			昭・平 年 月 日	平成・令和 年 月～平成・令和 年 月
		介護保険者名およびオカムラ健保以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
	1		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	
	2		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	
② 被扶養者の加入暦	被扶養者氏名		生年月日	加入期間
			昭・平 年 月 日	平成・令和 年 月～平成・令和 年 月
		介護保険者名およびオカムラ健保以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
	1		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	
	2		平成・令和 年 月～平成・令和 年 月	

被保険者 振込先口座 (任継の方のみ記入)	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座		口座番号
	口座名義	(カナ)		*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。
	(漢字)			

理事長 殿

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。 申請者氏名

※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行う場合、①のみ丸で囲んで下さい。

受付印

- 再交付手数料について
- ・基準日(7月31日)の時点で加入している医療保険者(健康保険組合、国保等)へ支給申請して下さい。
- ・同じ世帯でも、加入している医療保険が異なる方とは合算されません。
- ・申請の時効は、基準日(支給申請期間の最終日、7月31日)から2年です。
- ・支給決定した際には健康保険組合より給付金を被保険者の口座へお振込みします。

- 添付書類
- 1. 介護保険者発行の「自己負担証明書」
- 2. 計算期間(8月1日から翌年7月31日まで)にオカムラグループ健保組合以外から移られてきた方は、以前に加入されていた医療保険者発行の「自己負担証明書」