

同 年 月 日	平成	年	月	日
決 議 年 月 日	平成	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	

記入例

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 22 年度	平成 21 年 8 月 から 平成 22 年 7 月			平成 22 年 8 月 10 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
1 - 12345	1234	オカムラ 太郎 岡村 太郎	99Z99	昭・平 40年 9月 11日
被保険者の加入暦	介護保険者名および岡村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			
2	「対象となる計算期間」中に、他健保や介護保険に加入していた期間があれば記入してください。 (オカムラ健保以外に加入していない場合には空欄のまま構いません)			

① 被扶養者の加入暦	被扶養者氏名	生年月日	加入期間
	岡村 花子	昭・平 33年 8月 5日	平成 21年 12月～平成 22年 7月
	介護保険者名および岡村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	国民健康保険	平成 20年 8月～平成 21年 11月	A A 111222
2		平成 年 月～平成 年 月	

② 被扶養者の加入暦	被扶養者氏名	生年月日	介護保険者等から発行された自己負担額証明書の整理番号を記入してください。 (予め、介護保険者等からの自己負担証明書の交付を受けてください。)
		昭・平 年 月 日	
	1	介護保険者名および岡村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
2		平成 年 月～平成 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	口座番号
	口座名義 (カナ) (漢字)	
		*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。

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。

岡村 太郎

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

- 介護保険者発行の「自己負担証明書」
- 計算期間(8月1日から翌年7月31日まで)に岡村製作所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」