

令和6年10月更

(保險者記入欄)

支給申請書整理番号

—新

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。		申請対象年度		令和 年度		対象となる計算期間		年 月 日から 年 月 日まで								枚中		枚目					
フリガナ						保 険 者 加 入 歴 ※1	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							1			年 月 日 から 年 月 日 まで															
申請者住所		〒 — 電話 ()					2			年 月 日 から 年 月 日 まで															
生年月日		昭・平・令		年 月 日			性別		男・女		3			年 月 日 から 年 月 日 まで											
被保険者等 記号・番号				—		加入 期間		年 月 日から 年 月 日まで		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2															
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)																									
フリガナ						保 険 者 加 入 歴 ※3	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		昭・平・令		年 月 日			性別		男・女		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			年 月 日 から 年 月 日 まで													
フリガナ						保 険 者 加 入 歴 ※3	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		昭・平・令		年 月 日			性別		男・女		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			年 月 日 から 年 月 日 まで													
備 考						受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 — 電話 ()																		
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です ・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 被保険者のマイナンバー記載欄(12桁) [][][][][][][][][][][][][]																									
振込希望口座		☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																							
		支 払 区 分	金 融 機 関	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協				店・本店 支店・出張所 本所・支所				金融機関コード			預 金 種 別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号			フリガナ					
																			[][][][][][][][][][][][][]	口座名義人					
社会保険労務士記載欄										申請年月日 令和 年 月 日										受付年月日					