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

平成２０年４月１日から平成２１年７月３０日の間に当組合の被保険者又は被扶養者であったが７月３１日時点では他の医療保険に加入している場合（保険者記入欄）

支給申請書整理番号	

申請対象年度	平成 20 年度	対象となる計算期間	20 年　4 月　1 日から　21 年　7 月　31 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	
生年月日	年　月　日生	性別			2		年　月　日から 年　月　日まで	
被保険者証の記号・番号	・				3		年　月　日から 年　月　日まで	
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			神戸市　全国健康保険協会　●●健康保険組合など	

支給方法	振込口座記入欄		金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
1. 窓口払い 2. 口座振込		銀　行 信用金庫 信用組合		本　店 支　店 出張所				口座名義人	

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
申請者氏名					1		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	年　月　日生	性別			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
申請者氏名					1		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	年　月　日生	性別			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	当組合の加入期間における受診した年月を申請者ごとに分けて記入

神戸機械金属健康保険組合宛

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。

・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○で囲んでください。
　高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、1.のみを○で囲んでください。

申請年月日　　　年　　月　　日

郵便番号　〒

住　　所

申請者氏名　　　　㊞　　電話番号