

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

7月31日時点で当組合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	神戸市（国保）			年	月	日から	自己負担額がない場合 「添付なし」と記入		
生年月日	年	月	日生		性別	2	●●健康保険組合			年	月			
被保険者証の記号・番号					3	神戸市（介護）			年	月	日から			
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									
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード			本店 支店 出張所	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														

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	神戸市（国保）			年	月	日から	自己負担額がない場合 「添付なし」と記入		
生年月日	年	月	日生		性別	2	神戸機械金属健康保険組合			年	月			
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで			3	全国健康保険協会			年	月	日から			

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	●●国民健康保険組合			年	月	日から	自己負担額がない場合 「添付なし」と記入		
生年月日	年	月	日生		性別	2				年	月			
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで			3				年	月	日から			

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				申請年月日				年 月 日					
1. 高額介護合算療養費の支給を申請します。				郵便番号				〒					
2. 自己負担額証明書の交付を申請します。				住所									
・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。				申請者氏名				(印) 電話番号					
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。													