

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

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	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	申請者氏名 (組合員)		生年月日	性別	組合員証 記号	番号	個人番号※左欄の 記号・番号を記入の 場合は不要です。	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年 月 日生						年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日生						年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日生						年 月 日から 年 月 日まで	
			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					

フリガナ	被扶養者氏名		生年月日	性別	加入期間	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日から	年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	被扶養者氏名		生年月日	性別	加入期間	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
			年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日から	年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで	

備考	
----	--

<p>熊本県市町村職員共済組合理事長 様口</p> <p>① 高額介護合算療養費の支給を申請します。</p> <p>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>また、熊本県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二第四号に規定する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p>※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を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</p>	<p>申請年月日 令和 年 月 日</p> <p>〒 -</p> <p>申請者 (住所) (組合員) (氏名) (電話番号) ()</p> <p>印</p>	<p>上記内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名 所属所長</p> <p>氏 名</p>
--	---	--