

「自己負担額証明書」

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成	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	タチカワ タロウ			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	立川 太郎			保険者加入歴※	1	年 月 日から 年 月 日まで
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで
被保険者証の記号・番号	1-123456				3	年 月 日から 年 月 日まで
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××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		7月31日時点で加入している保険者の名称を記入してください
支給方法	振込 記入欄	銀行 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	申請時点でH.U.グループ健保の資格を喪失している方のみ記入			普通預金 2. 当座預金 9. その他	フリガナ 口座名義人	

記入不要

記入不要

フリガナ	タチカワ トモユウ			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	立川 友蔵			保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで
生年月日	昭和××年××月××日 生	性別	男		2	年 月 日から 年 月 日まで
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××年××月××日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで
フリガナ	タチカワ スエ			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	立川 スエ			保険者加入歴※3	1	年 月 日から 年 月 日まで
生年月日	昭和△△年△△月△△日 生	性別	女		2	年 月 日から 年 月 日まで
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××年××月××日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで

備考	申請者及び被扶養者についてH.U.グループ健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月日）を記入してください
----	--

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿	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。 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。	郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号	必ず記入

「高額介護合算療養費」

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 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	タチカワ タロウ		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	立川 太郎		1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 生	性別	2	年 月 日から 年 月 日まで	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入	
被保険者証の記号・番号	1-123456		3	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××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} 記入不要			
支給方法	振込 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	申請時点でH.U.グループ健保の資格を喪失している方のみ記入			普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人

フリガナ	タチカワ トモユウ		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	立川 友蔵		1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和××年××月××日 生	性別	2	年 月 日から 年 月 日まで	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××年××月××日まで		3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	タチカワ スエ		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	立川 スエ		1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和△△年△△月△△日 生	性別	2	年 月 日から 年 月 日まで	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入
加入期間	〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××年××月××日まで		3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考	申請者及び被扶養者についてH.U.グループ健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月日）を記入してください
----	--

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日	必ず記入
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。	郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号		