

(R6.12) **「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 **申請の場合** 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**

申請者氏名 **立川 太郎**

生年月日 **昭和〇〇年〇〇月〇〇日 生** 性別 **男**

被保険者等記号・番号 記号 **1** 番号 **123456**

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 **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**

保険者加入歴※

保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1	年 月 日から 年 月 日まで	
2	年 月 日から 年 月 日まで	
3	年 月 日から 年 月 日まで	

記入不要

振込希望の金融機関名 **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**

● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します ☐
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。
マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。

● 公金受取口座を指定しない場合は下記の欄に振込先口座を記入してください。

金融機関名称	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(右づめ)	フリガナ
					普通		口座名義人

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

フリガナ **タチカワ トモユウ**

被扶養者氏名 **立川 友蔵**

生年月日 **昭和××年××月××日 生** 性別 **男**

加入期間 **〇〇 年 月 日 から 〇〇 年 月 日まで**

保険者加入歴※

保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1	年 月 日から 年 月 日まで	
2	年 月 日から 年 月 日まで	
3	年 月 日から 年 月 日まで	

記入不要

フリガナ **タチカワ スエ**

被扶養者氏名 **立川 スエ**

生年月日 **昭和△△年△△月△△日 生** 性別 **女**

加入期間 **〇〇 年 月 日 から 〇〇 年 月 日まで**

保険者加入歴※

保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1	年 月 日から 年 月 日まで	
2	年 月 日から 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

(R6.12)

「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

令和

申請の場合

タチカワ トモゾウ

申請者氏名 **立川 太郎**

年 月 日から

年 月 日まで

枚中

枚目

フリガナ

タチカワ トモゾウ

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

1

年 月 日から

年 月 日まで

2

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

3

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

被保険者等記号・番号

記号

1

番号

123456

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**

振込希望の
金融機関名

- 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。
マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。
- 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください

公金受取口座を利用します

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

金融機関
名称

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 (右づめ)

フリガナ

普通

口座名義人

フリガナ

タチカワ トモゾウ

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

2

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

3

年 月 日から

年 月 日まで

生年月日

昭和××年××月××日 生

性別

男

加入期間

〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××年××月××日まで

フリガナ

タチカワ スエ

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

2

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

3

年 月 日から

年 月 日まで

生年月日

昭和△△年△△月△△日 生

性別

女

加入期間

〇〇 ××年××月××日 から 〇〇 ××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