

高額介護合算療養費支給・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	令和 年度	対象となる計算期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		枚中		枚目
--------	-------	-----------	-------------------------	--	----	--	----

フリガナ	申請者氏名	生年月日	組合員証記号・番号 又は個人番号	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
		昭和・平成・令和 年 月 日 生		年 月 日から 年 月 日まで	保険者加入歴	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
					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	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
		昭和・平成・令和 年 月 日 生	年 月 日から 年 月 日まで	保険者加入歴	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

フリガナ	被扶養者氏名	生年月日	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
		昭和・平成・令和 年 月 日 生	年 月 日から 年 月 日まで	保険者加入歴	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	
----	--

群馬県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和 年 月 日	申請者 (住所) 〒 -	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。		(氏名)	令和 年 月 日
② 自己負担額証明書の交付を申請します。		(電話番号)	職 名
※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。			所属所長
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。			氏 名

(注) 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。