

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

				※ 決定額	円	
組合員氏名				所属名		
職員コード				所属コード		
組合員生年月日		年	月	日	性別 男 女	
申請の対象となる計算期間		年	月	日	から 年 月 日	
組合員	保険者加入歴	保険者		加入年月日		
				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
	受診歴	<input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 (当組合加入期間中の受診月にチェックしてください)				
被扶養者	被扶養者氏名					
	被扶養者生年月日		年	月	日	性別 男 女
	保険者加入歴	保険者		加入年月日		自己負担額証明書整理番号
				年	月	日
				年	月	日
		年	月	日		
受診歴	<input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 (当組合加入期間中の受診月にチェックしてください)					
振込先金融機関		金融機関名	支店名	普通預金口座番号		
(現在組合員である場合は記入不要)						
(該当の申請項目にレ点を記入してください)						
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。 公立学校共済組合新潟支部長 様 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 〒 - Tel ( )					福利課受付印	
所属所在地 所属名 所属長職氏名						
職印						

(注) 1 別紙「記入上の注意事項」をよく読んで記入してください。

(注) 2 日付は和暦で記入してください。