

<記入例>

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

自己負担額証明書の場合

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 元 年度	対象となる計算期間	平成 30 年 8 月 1 日 から 令和 元 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目
--------	---------	-----------	---------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	シンジュク ジロウ		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	新宿 次郎		1		年 月 日 から	年 月 日 まで						
生年月日	昭和 40 年 7 月 2 日 生		2		年 月 日 から	年 月 日 まで						
性別	男		3		年 月 日 から	年 月 日 まで						
組合員証番号	0 2 3 4 5 6 7 8 (枝番) 0 0		※1									
加入期間	昭和 62 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 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		東京都職員共済組合					
振込方法	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	郵便局	口座通帳記号	番号	フリガナ		
△△	銀行 信用金庫 信用組合	1 2 3 4	新宿 本店支店出張所	0 0 1 ① ②	普通 当座	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人	新宿 次郎	9 9 0 0 1	0 の	1	口座名義人

フリガナ	シンジュク ハナコ		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	新宿 花子		1		年 月 日 から	年 月 日 まで		
生年月日	昭和 41 年 8 月 2 日 生		2		年 月 日 から	年 月 日 まで		
性別	女		3		年 月 日 から	年 月 日 まで		
加入期間	平成 6 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで		※3					

フリガナ	シンジュク キョウコ		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	新宿 共子		1		年 月 日 から	年 月 日 まで		
生年月日	昭和 18 年 9 月 2 日 生		2		年 月 日 から	年 月 日 まで		
性別	女		3		年 月 日 から	年 月 日 まで		
加入期間	平成 6 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 日まで		※3					

公立学校共済組合東京支部長 殿	申請年月日	令和 元 年 10 月 26 日	備考欄	新宿次郎 平成30年8月
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。	郵便番号	163-0001		新宿花子 平成31年3月
② 自己負担額証明書の交付を申請します。	住所	東京都新宿区西新宿2-8-1-20		新宿共子 平成30年10月～
※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ください。	申請者氏名	新宿 次郎		平成31年3月
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。	電話番号	03 (5320) △△△△		

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	令和 元 年 10 月 28 日
所属所長職氏名	東京都立新宿西高等学校長 都 庁 一 郎
電話番号	03 ( 1234 ) 5678
事務取扱者氏名	共済 太郎 (公印省略)