

<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

高額介護合算療養費支給申請の場合

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 8	年度	令和 7 年 8 月 1 日 から 令和 8 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目
--------	------	----	--------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	トウキョウ タロウ		保険者加入歴 ※1	1	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	東京 太郎		性別	男	年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭和 50 年 4 月 2 日	生	性	別	年 月 日 から 年 月 日 まで	
組合員番号	01234567	(枝番)	00		年 月 日 から 年 月 日 まで	

加入期間	平成 10 年 4 月 1 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
振込方法	△△ 銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	種目
金融機関コード	1234	1234	1234
フリガナ	トウキョウ ハナコ	口座番号	口座通帳記号
フリガナ	トウキョウ ハナコ	フリガナ	番号
口座名義人	東京 太郎	口座名義人	1
フリガナ	東京 太郎	口座名義人	1

フリガナ	トウキョウ ハナコ		保険者加入歴 ※3	1	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	東京 花子		性別	女	年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭和 51 年 5 月 8 日	生	性	別	年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	平成 24 年 4 月 1 日から	年 月 日 まで			年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ	トウキョウ キョウコ		保険者加入歴 ※3	1	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	東京 共子		性別	女	平成 29 年 9 月 1 日 から 年 月 日 まで	20117654321000000010
生年月日	昭和 30 年 6 月 2 日	生	性	別	年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	平成 24 年 4 月 1 日から	年 月 日 まで			年 月 日 から 年 月 日 まで	

公立学校共済組合東京支部長 殿	申請年月日	令和 8 年 10 月 25 日
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。	郵便番号	162-0001
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2-8-1-100
※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。	申請者署名	東京 太郎
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) 0000
	備考欄	東京太郎 令和8年5月、7月 東京花子 令和8年5月 東京共子 令和8年1月～3月

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	令和 8 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)
	(令和8年1月)

<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 8	年度	令和 7 年 8 月 1 日 から 令和 8 年 7 月 31 日	まで	1	枚中	1	枚目
--------	------	----	-----------------------------------	----	---	----	---	----

フリガナ	シンジユク ジロウ		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		保険者名			
生年月日	昭和 50 年 7 月 2 日	性別	男	年 月 日	から 年 月 日	まで
組合員番号	02345678	(枝番)	00	年 月 日	から 年 月 日	まで

加入期間	平成 10 年 4 月 1 日 から 令和 8 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	東京都職員共済組合	
振込口座 記入欄	金融機関コード	店鋪コード	種目	口座番号	フリガナ
△△	1234	001	① 普通 ② 当座	0123456	番号
	新宿	支店		99001	フリガナ
		出張所		0	口座 名義人
					1

フリガナ	シンジユク ハナコ		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		保険者名			
生年月日	昭和 51 年 8 月 21 日	性別	女	年 月 日	から 年 月 日	まで
加入期間	平成 24 年 4 月 1 日 から 令和 8 年 3 月 31 日	まで		年 月 日	から 年 月 日	まで

フリガナ	シンジユク キョウコ		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		保険者名			
生年月日	昭和 28 年 9 月 2 日	性別	女	年 月 日	から 年 月 日	まで
加入期間	平成 24 年 4 月 1 日 から 令和 8 年 3 月 31 日	まで		年 月 日	から 年 月 日	まで

公立学校共済組合東京支部長 殿	申請年月日	令和 8 年 10 月 25 日	備考欄
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	新宿次郎 令和7年8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	新宿花子 令和8年3月
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で困んでください申請者署名	新宿 共子		新宿共子 令和7年10月~
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で困んでください。	電話番号	03 (5320) △△△△	令和8年3月

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	令和 8 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)

(令和8年1月)