

<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 4 年度	対象となる計算期間	令和 3 年 8 月 1 日 から 令和 4 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	東京 太郎		保険者加入歴 ※1	1	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		男	2	年 月 日 から 年 月 日 まで					
組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7 (枝番)	0 0		3	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	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	1 2 3 ① 普通 ② 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座 名義人	東京 太郎	9 9 0 0 1	0 の		1 口座 名義人

フリガナ	トウキョウ 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	東京 花子		保険者加入歴 ※3	1	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		女	2	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			3	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	東京 共子		保険者加入歴 ※3	1	新宿区(介護)	平成 25 年 9 月 1 日 から 年 月 日 まで	20117654321000000010		
生年月日	昭和 26 年 6 月 2 日 生	性別		女	2	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			3	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 4 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	
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	東京太郎 令和4年5月、7月 東京花子 令和4年5月 東京共子 令和3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 4 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)