

<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 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 | シンジユク 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 50 年 7 月 2 日 生 | | 2 | | 年 月 日 から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男 | | 3 | | 年 月 日 から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員証番号 | 0 2 3 4 5 6 7 8 (枝番) 0 0 | | ※1 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入期間 | 平成 10 年 4 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで | | ※2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込方法 | 振込口座 | 金融機関コード | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | フリガナ | シンジユク ジロウ | 郵便局 | 口座通帳記号 | 番号 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 記入欄 | △△ | 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 普通 | ② 当座 | 0 1 2 3 4 5 6 | フリガナ | 新宿 次郎 | 9 9 0 0 1 | 0 の | フリガナ | 口座 | 名義人 | 1 | 口座 | 名義人 |

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|--|------|--|----------|--|-----------------|
| フリガナ | シンジユク 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 | | |
| 生年月日 | 昭和 51 年 8 月 21 日 生 | | 2 | | 年 月 日 から | | |
| 性別 | 女 | | 3 | | 年 月 日 から | | |
| 加入期間 | 平成 24 年 4 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで | | ※3 | | | | |

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|--|------|--|----------|--|-----------------|
| フリガナ | シンジユク 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 | | |
| 生年月日 | 昭和 26 年 9 月 2 日 生 | | 2 | | 年 月 日 から | | |
| 性別 | 女 | | 3 | | 年 月 日 から | | |
| 加入期間 | 平成 24 年 4 月 1 日から 令和 4 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 4 年 10 月 25 日 | 備考欄 | 新宿次郎 令和3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 令和4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 令和3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。 | 申請者署名 | 新宿 次郎 | | 令和4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 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) |