

申請年度を記入してください。

介護サービスを受けている方について記入してください。

③の欄に記入した方と組合員との続柄を記入してください。

①の欄に記入した年の8月から翌年の7月までが計算期間です。

7月31日時点の医療保険の加入先が東食国保組合の場合は、「介護保険自己負担額証明書」を添付してください。

東食国保組合の被保険者証の記号番号を記入してください。

組合員名義の預金口座について記入してください。

介護保険の加入先について記入してください。

⑨欄に記入した場合は、その保険者の住所及び受診歴を記入してください。

④の欄に記入した期間中に健康保険または介護保険の加入先に変更がある場合に記入してください。

組合員の住所、氏名を記入してください。

PDF 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明

①申請対象年度 令和 年度 ②申請区分 1. 新規 2. 変更 3. 取下付

支給申請書整理番号 0 0 1 3 3 1 3 2

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生 性別 男・女 ④計算期間の始期及び終期 平成 令和 年 月 から 平成 令和 年 月

⑤後期高齢者医療資格情報

⑥保険者情報

⑦口座振込

⑧保険者名 ⑨加入期間 ⑩添付の自己負担額証明書整理番号

⑧ 保険者名	⑨ 加入期間	⑩ 添付の自己負担額証明書整理番号
1	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで	
2	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで	
3	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで	

1) 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。
 2) 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、【1】と【2】のいずれもし点を付してください。
 介護合算療養費の支給申請を行う場合は、【1】にのみし点を付してください。

東京食品販売国民健康保険組合 殿

決裁	所長	管理課長	係		
----	----	------	---	--	--

受付印

令和 年 月 日

〒 - 電話番号 ()

住所 :

組合員 (申請人) :

⑪ 枚中 枚目