

# [ 記入例 ]

**高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額**

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。

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。

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。

の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。

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、氏名を記入のうえ、捺印してください。

①申請対象年度	平成	年度	②申請区分	1. 新規 2. 変更 3. 取下げ	支給申請書整理番号 (保険者記入欄)	00133132
フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男・女
③氏名			④計算期間の 始期及び終期	平成 年 月から平成 年 月		
⑤国民健康 保険資格情報	保険者名 東京食品販売 国民健康保険組合	被保険者証記号 78	被保険者証番号	組合員との続柄 1.本人 2.家族 3.その他	保険者番号 133132	加入期間 昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日
⑥後期高齢者 医療資格情報	保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間 昭和 平成 年		
⑦介護保険 資格情報	保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日		
支給方法	金融機関名	金融機関コード	店舗名	店舗コード	預金種目	口座番号
⑧振込先 口座情報	信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座名義人 (組合員名義のもの)
⑨保険者名	⑩加入期間		⑪添付の自己負担額証明書整理番号			⑫備考欄
1	昭和 平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで					
2	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで					
3	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで					
<input type="checkbox"/> [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。 <input type="checkbox"/> [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、[1]と[2]のいずれもし点を付してください。 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、[1]にのみし点を付してください。						
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前2丁目6-1 食品衛生センター 東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿						
決 済	所 長	管 理 課 長	係	交 付 申 請	支 給 申 請	⑬ 校中 校目

受付印