

【注意事項】

A3サイズで作成してありますので、印刷する場合は、A4に縮小してください。

「高額介護合算療養費支給申請」のみの場合、「兼自己負担額証明書交付申請書」の部分に取り消し線を引いてください。
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

対象となる計算期間は8月1日から翌日7月31日までの1年単位で記載してください。
ただし、平成21年7月以前の療養等にかかる申請をする場合、平成20年4月1日から21年7月31日までと記載してください。

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。

計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合は記入不要です。
また記入にあたっては実在する正式な保険者名を記入してください。

申請対象年度は「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載することになります。
「高額介護合算療養費支給申請」のみの場合、添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。

被保険者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄が足りない場合（対象被扶養者が3人以上の場合・保険者加入履歴が4か所以上の場合）は、2枚目以降に記入してください。また不明な場合は健康保険組合にお問い合わせください。

自己負担額証明書の交付申請を行う場合、この「保険者加入履歴」欄の記入は不要です。
医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入していた履歴があれば記入してください。
介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。（介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。）
加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。
加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。

「備考欄」については、被保険者及びその被扶養者であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険に加入してきた期間の受診歴については不要です。）
また、不明な場合は健康保険組合にお問い合わせください。

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事となります。

押印は不要です。上記、確認欄に☑をお願いします。

申請時に必要な項目に「○」で囲み申請してください。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（または事業主担当者や証明者）の氏名（サイン）を記入してください。
例： あいうえお かきくけこ（健保太郎）

申請対象年度		年度	対象となる計算期間		年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="11">保険者名</td> <td>加入期間</td> <td>添付の自己負担額証明書整理番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="11">1</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> <td>性別</td> <td colspan="11">2</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証の記号・番号</td> <td colspan="11">3</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>加入期間</td> <td colspan="11">年 月 日から 年 月 日まで</td> <td colspan="2">計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2</td> </tr> <tr> <td>支払方法</td> <td>振込口座 記入欄</td> <td>銀行 信用金庫 信用組合</td> <td>金融機関コード</td> <td>本店 支店 出張所</td> <td>店舗コード</td> <td>種目</td> <td colspan="2">口座番号</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1. 窓口払い 2. 口座振込</td> <td colspan="12">1. 普通預金 2. 当座預金</td> <td>口座名義人</td> </tr> </table>													フリガナ	保険者名											加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	被保険者氏名	1											年 月 日から 年 月 日まで		生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで		被保険者証の記号・番号	3											年 月 日から 年 月 日まで		加入期間	年 月 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		支払方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号		フリガナ				1. 窓口払い 2. 口座振込	1. 普通預金 2. 当座預金												口座名義人
フリガナ	保険者名											加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号																																																																																																		
被保険者氏名	1											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																	
被保険者証の記号・番号	3											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
加入期間	年 月 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																																																																																																			
支払方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号		フリガナ																																																																																																						
1. 窓口払い 2. 口座振込	1. 普通預金 2. 当座預金												口座名義人																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="11">保険者名</td> <td>加入期間</td> <td>添付の自己負担額証明書整理番号</td> </tr> <tr> <td>被扶養者氏名</td> <td colspan="11">1</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> <td>性別</td> <td colspan="11">2</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>加入期間</td> <td colspan="11">3</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> </table>													フリガナ	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	1											年 月 日から 年 月 日まで		生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで		加入期間	3											年 月 日から 年 月 日まで																																										
フリガナ	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	1											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																	
加入期間	3											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="11">保険者名</td> <td>加入期間</td> <td>添付の自己負担額証明書整理番号</td> </tr> <tr> <td>被扶養者氏名</td> <td colspan="11">1</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> <td>性別</td> <td colspan="11">2</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>加入期間</td> <td colspan="11">3</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> <td></td> </tr> </table>													フリガナ	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	1											年 月 日から 年 月 日まで		生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで		加入期間	3											年 月 日から 年 月 日まで																																										
フリガナ	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	1											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
生年月日	年 月 日生	性別	2											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																	
加入期間	3											年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																			
確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。										備考																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/>		①申請者本人（被保険者）が作成したものである。																																																																																																													
		②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。																																																																																																													
<p>DM三井製糖グループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>申請年月日 年 月 日</p> <p>① 高額介護合算療養費の支給を申請します。</p> <p>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>※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下さい。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</p> <p>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>被保険者氏名</p> <p>電話番号</p>																																																																																																															