

【記入例 申請区分①の場合】

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

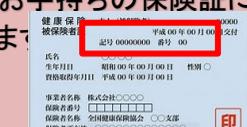
(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。		(保険者記入欄)		支給申請書整理番号	
1	<input checked="" type="checkbox"/> ①の高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②の自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	2年度	対象となる計算期間	令和2年8月1日から令和3年7月31日まで
フリガナ	ケンボ タロウ		保険者名	加入期間	
申請者氏名	3 健保 太郎		1	〇〇△健康保険組合	令和2年8月1日 から 令和2年10月31日 まで
申請者住所	〒111 - 2222 東京都〇〇市△△1-2-3		2	〇〇市介護保険	令和2年 月 日 から 令和3年 月 日 まで
生年月日	和暦(昭和) 〇〇年 〇月 〇日	性別	3	日本電子健康保険組合	令和3年4月1日 から 令和3年7月31日 まで
被保険者証の記号・番号	1 - 2345	加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2		
フリガナ	ケンボ ハナコ		保険者名	加入期間	
被扶養者氏名	3 健保 花子		1	全国健康保険協会〇〇支部	平成30年4月1日 から 令和3年3月31日 まで
生年月日	和暦(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	2	〇〇市介護保険	令和2年11月1日 から 令和3年3月31日 まで
加入期間	令和3年4月1日から 令和3年7月31日まで		3	日本電子健康保険組合	令和3年4月1日 から 令和3年7月31日 まで
フリガナ			保険者名	加入期間	
被扶養者氏名			1		年 月 日 から 年 月 日 まで
生年月日	和暦() 年 月 日	性別	2		年 月 日 から 年 月 日 まで
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで		3		年 月 日 から 年 月 日 まで
備考	8 マイナンバーによる情報連携により、介護保険の自己負担額証明書の添付を省略する場合は、被保険者本人のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類の添付が必要です。				
振込希望口座	支店 〇△〇		金融機関コード	預金種別	口座番号
7	銀行 金庫	〇△〇		1普通 4通知 2当座 5貯蓄 3別段	1 2 3 4 5 6 7

1 7月31日時点で加入していた健康保険組合への高額介護合算療養費の申請の場合、①にチェック✓を

2 申請対象年度・対象となる計算期間(例)
令和1年度⇒令和1年8月1日～令和2年7月31日

3 「申請者氏名」は、被保険者本人の氏名を記入してください。「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に被扶養者であった方の

4 被保険者証の記号・番号を記入してください。お手持ちの保険証に記載されています。



5 計算期間中に加入していた健康保険組合及び介護保険の、保険者

6 計算期間中に加入していた健康保険組合及び介護保険から発行された「自己負担額証明証」の整理番号を記入してください。ただし、対象期間における自己負担額がない場

7 被保険者本人の金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人を記

【注意】マイナンバーについては、該当する場合のみ記入してください。該当しない場合は記入しないでください。

【記入例 申請区分②の場合】

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

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。		(保険者記入欄)		支給申請書整理番号	
申請区分	<input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input checked="" type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	2年度	対象となる計算期間	令和2年8月1日から令和3年7月31日まで
フリガナ	ケンボ 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	健保 太郎	1	年月日から	記入不要	
申請者住所	〒111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3 電話 000-(111)-222	2	年月日まで	記入不要	
生年月日	和暦(昭和)〇〇年〇月〇日 性別 男	3	年月日まで	記入不要	
被保険者証記号・番号	1 - 2345	加入期間	令和3年4月1日から 令和3年7月31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	〇〇健康保険組合
フリガナ	ケンボ 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	健保 花子	1	年月日から	記入不要	
生年月日	和暦(昭和)〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男	2	年月日まで	記入不要	
加入期間	令和3年4月1日から 令和3年7月31日まで	3	年月日まで	記入不要	
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	記入不要	
生年月日	和暦()年 月 日 性別 男	2	年月日まで	記入不要	
加入期間	年月日から 年月日まで	3	年月日まで	記入不要	
備考	被保険者が住民税非課税の方であって、マイナンバーによる情報連携により、(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認				
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です 被保険者のマイナンバー(記載欄02桁)	代理人の住所 〒 - 電話 <				
届込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類の添付が必要となります。				
金融機関	銀行 金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	金融機関コード	〇△□	支店 本店 支店 出張所 本所・支所	預金種別
1	2	3	4	5	6
口座番号	フリガナ	ケンボ太郎			
1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	健保 太郎			

1 7月31日時点で日本電子健康保険組合へ加入しておらず、計算期間中に日本電子健康保険組合への加入期間がある場合に②にチェック

2 申請対象年度・対象となる計算期間(例)
令和1年度⇒令和1年8月1日～令和2年7月31日

3 「申請者氏名」は、被保険者本人の氏名を記入してください。
「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に被扶養者であった方の

4 被保険者証の記号・番号を記入してください。お手持ちの保険証に記載されています



5 7月31日時点で加入していた健康

6 被保険者本人の金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人を記

【注意】マイナンバーについては、該当する場合のみ記入してください。該当しない場合は記入しないでください。