

保険課長	課長補佐	保険係長	合 議	主 任	決 済 伺

高額介護合算療養費支給・自己負担額証明書交付 申請書

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 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
--------	-------	-----------	-----------------	----	----

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※1	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						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	
組合員等記号・番号	(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				

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※2	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	年 月 日から 年 月 日まで					3		年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※3	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	年 月 日から 年 月 日まで					3		年 月 日から 年 月 日まで	

備考								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

§ 62-3 (202504)

<p>千葉県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>申請者 (住所) 〒 - (氏名)</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ください。(電話番号)</p> <p>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。</p>	<p>申請年月日 年 月 日</p> <p>上記内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名</p>
--	---