

高額介護合算療養費支給・自己負担額証明書交付申請書

保険者記入欄 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 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

枚中 枚目

フリガナ 組合員 氏名			(医療・介護保険) 保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額 証明書整理番号		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	
組合員証等記号・番号	-			※1	2	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで		
加入期間	平成 年 月 日 から	令和 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	3	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで		

フリガナ 被扶養者 氏名			(医療・介護保険) 保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額 証明書整理番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで
加入期間	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		※3	2	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	
					3	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ 被扶養者 氏名			(医療・介護保険) 保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額 証明書整理番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで
加入期間	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		※3	2	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	
					3	昭和・平成・令和 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	

上記の口は、該当する所に口を付してください。

備考	
----	--

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿	令和 年 月 日	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
<input type="checkbox"/> 1 高額介護合算療養費の支給を申請します。	申請者 〒 -	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 2 自己負担額証明書の交付を申請します。	住所	職名
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、1・2のいずれにも口を付してください。	氏名	所属所長
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、1のみに口を付してください。	電話番号 - -	氏名

(ご記入時、裏面の注意事項を参照してください。)