

記入例①

高額介護合算療養費等支給申請書 兼 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 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	1	枚中	1	枚目
フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号	
申請者名前	共済 太郎			保険者加入歴 ※1	1	山口県市町村職員共済組合	令和 2年 8月 1日から 令和 3年 7月 31日まで
生年月日	昭和 △年 △△月 △△日	性別	男・女		2		年 月 日から 年 月 日まで
組合員等 記号・番号	△△△ - △△△				3		年 月 日から 年 月 日まで
加入期間	令和 2年 8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			

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号	
被扶養者名前	共済 花子			保険者加入歴 ※3	1	山口県市町村職員共済組合	令和 2年 8月 1日から 令和 3年 7月 31日まで
生年月日	昭和 △年 △△月 △△日	性別	男・女		2	A市介護保険	令和 2年 8月 1日から 令和 3年 7月 31日まで
加入期間	令和 2年 8月 1日から 令和 3年 7月 31日まで				3		年 月 日から 年 月 日まで

フリガナ				保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号	
被扶養者名前				保険者加入歴 ※3	1		年 月 日から 年 月 日まで
生年月日	年 月 日生	性別	男・女		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

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座	備考	花子・・・R3.1 R3.2 R3.3
		金庫	支所	フリガナ			
		農協	本店	口座名義人			

山口県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和△△年 △△月 △△日	上記内容に相違ないことを証明します。
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。	申請者(住所) 〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○ △-△	令和△△年△△月△△日
② 自己負担額証明書の交付を申請します。	(名前) 共済 太郎	○○市長
※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。	(電話番号) (△△△) △△△-△△△△	所属所長 ○○ ○○

記入例②

高額介護合算療養費等支給申請書 兼 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 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	1	枚中	1	枚目
--------	---------	-----------	------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号
申請者名前	共済 太郎			1	山口県市町村職員共済組合 令和 2年 8月 1日から 令和 2年 12月 31日まで	
生年月日	昭和 △年 △△月 △△日	性別	男・女	2	A健康保険組合 令和 3年 1月 1日から 令和 3年 7月 31日まで	
組合員等 記号・番号	△△△ - △△△			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	令和 2年 8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		

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号
被扶養者名前	共済 花子			1	山口県市町村職員共済組合 令和 2年 8月 1日から 令和 2年 12月 31日まで	
生年月日	昭和 △年 △△月 △△日	性別	男・女	2	A健康保険組合 令和 3年 1月 1日から 令和 3年 7月 31日まで	
加入期間	令和 2年 8月 1日から 令和 3年 7月 31日まで			3	A市介護保険 令和 2年 8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	自己負担額証明書整理番号
被扶養者名前				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	

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座	○○○○○○○○	備考	花子・・・R2.10 R2.11 R2.12
		金庫	支所	フリガナ		キョウサイ タロウ		
		農協	本店	口座名義人		共済 太郎		

山口県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和△△年 △△月 △△日	上記内容に相違ないことを証明します。
	申請者(住所) 〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○ △-△	令和△△年△△月△△日
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。	(名前) 共済 太郎	○○市長
② 自己負担額証明書の交付を申請します。	(電話番号) (△△△) △△△-△△△△	所属所長 ○○ ○○
※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。		