「自己負担額証明書」申請の場合

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

2024.10改版

（保険者記入欄）支給申請書整理番号

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

フリガナ	ケンポ　タロウ				
申請者氏名	健保　太郎				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	男		
健康保険　記号・番号	020－1234567				
加入期間	S×年　×月　×日から　S×年　×月　×日まで				

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		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　7月31日時点で加入してる保険者の名称を記入してください。

支給方法	金融機関コード	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
1. 窓口支給 2. 口座振込	1.銀行 2.信金 3.農協 4.労金 5.信組	1.銀行 2.信金庫 3.農協 4.労金 5.信用組合				1.普通 2.当座 3.その他		口座名義人

フリガナ	ケンポ　ジロウ				
被扶養者氏名	健保　花子				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	女		
加入期間	S×年　×月　×日から　S×年　×月　×日まで				

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		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	ケンポ　ハナコ				
被扶養者氏名	健保　次郎				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	男		
加入期間	S×年　×月　×日から　S×年　×　×日まで				

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

記入不要

申請時点でNEC健保の資格を喪失している方のみ記入

記入不要

備考	申請者及び扶養者についてＮＥＣ健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月）を記入して下さい。

日本電気健康保険組合理事長　殿

申請年月日　年　月　日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。
② 自己負担額証明書の交付を申請します。
＊ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①･②のいずれも丸を囲んで下さい。
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。

郵便番号
住　所
申請者氏名
電話番号

必ず記入

「高額介護合算療養費」申請の場合

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

2024.10改版

（保険者記入欄）支給申請書整理番号

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

フリガナ	ケンポ　タロウ				
申請者氏名	健保　太郎				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	男		
健康保険　記号・番号	020－1234567				
加入期間	S×年　×月　×日から　S×年　×月　×日まで				
支給方法	1. 窓口払い 2. 口座振込	金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協 労金 信連 その他	本店 支店 出張所	店舗コード
種目	口座番号	フリガナ	口座名義人		

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		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

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

記入不要

申請時点でNEC健保の資格を喪失している方のみ記入

フリガナ	ケンポ　ジロウ				
被扶養者氏名	健保　花子				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	女		
加入期間	S×年　×月　×日から　S×　×月　×日まで				

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

フリガナ	ケンポ　ハナコ				
被扶養者氏名	健保　次郎				
生年月日	S××年　×月　×日　生	性別	男		
加入期間	S×年　×月　×日から　S×年　×月　×日まで				

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
1		年　月　日から 年　月　日まで	
2		年　月　日から 年　月　日まで	
3		年　月　日から 年　月　日まで	

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

備考	申請者及び扶養者についてＮＥＣ健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月）を記入して下さい。

日本電気健康保険組合理事長　殿

申請年月日　　年　月　日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。
② 自己負担額証明書の交付を申請します。
＊ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①･②のいずれも丸を囲んで下さい。
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。

郵便番号
住　所
申請者氏名
電話番号

必ず記入