

「自己負担額証明書」

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

申請の場合

(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 年 月 日まで	
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	020-1234567	3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日	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日時点で加入している保険者の名称を記入してください。		

記入不要

支給方法	口座振込	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	ケンボ 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	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
フリガナ	ケンボ 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	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

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

印

「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

(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 年 月 日まで	
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	男	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入	
被保険者証の記号・番号	020-1234567	3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称*2		記入不要
支給方法	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	ケンボ ジロウ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 花子	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	女	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入	
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日	3	年 月 日から 年 月 日まで	

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 次郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	男	期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入	
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日	3	年 月 日から 年 月 日まで	

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 印