

「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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

| | | | | | | | |
|--------|-------|-----------|---------|---------|--|----|----|
| 申請対象年度 | 平成 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日時点で加入している保険者の名称を記入してください。 |

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 | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 加入期間 | S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで | 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 | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 加入期間 | S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで | 3 | 年 月 日から 年 月 日まで | |

記入不要

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 | 平成 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 | | | |
| 生年月日 | S××年 ×月 ×日 生 性別 | | | 年 月 日まで | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | 020-1234567 | 3 | | 年 月 日から | | | |
| 加入期間 | S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで | | | 年 月 日まで | | | |
| 文給方法 | 1. 窓口払い 2. 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 | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------|------|--|---------|--|-----------------|--|
| 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 | | | |
| 生年月日 | S××年 ×月 ×日 生 性別 | | | 年 月 日まで | | | |
| 加入期間 | S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで | 3 | | 年 月 日から | | | |
| 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 | | | |
| 生年月日 | S××年 ×月 ×日 生 性別 | | | 年 月 日まで | | | |
| 加入期間 | S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで | 3 | | 年 月 日から | | | |

期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入

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

印