

常務理事	事務長		係

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				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			
申請者氏名					1			年	月	日から			
生年月日		年	月		日	生	性別			年	月	日まで	
被保険者証の記号・番号					2			年	月	日から			
加入期間		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					
支払方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合		金融機関コード		本店 支店 出張所		店舗コード	種目	口座番号			フリガナ
口座振込								1. 普通預金 2. 当座預金				口座名義人	

フリガナ				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			
被扶養者氏名					1			年	月	日から			
生年月日		年	月		日	生	性別			年	月	日まで	
加入期間		年	月		日から	年	月	日まで	3			年	月

フリガナ				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			
被扶養者氏名					1			年	月	日から			
生年月日		年	月		日	生	性別			年	月	日まで	
加入期間		年	月		日から	年	月	日まで	3			年	月

備考	
----	--

<p>グラクソ・スミスクライン健康保険組合 理事長 殿</p> <p>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。</p> <p>※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれかを丸で囲んで下さい。 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。</p>	<p style="text-align: center;">申請年月日 年 月 日</p> <p>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p>
---	--

／ 受付日付 ／

