

伺	下記のとおり決定してよろしいか お伺いたします。	決 裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

高額介護合算療養費支給申請書

組 合 員 証 記 号 番 号	100 — 8888	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎	所 属 所 名	〇 〇 〇
組 合 員 生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	計 算 期 間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
医療保険加入歴（注１）			介護保険加入歴（注３）		
加入保険者名	協会けんぽ		加入保険者名		
加入区分	社保 被保険者・被扶養者	国保 世帯主・世帯主以外	加入保険者名		
加 入 期 間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日	加 入 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
（注２） 被 扶 養 者 氏 名	共 済 梅 子		生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	
医療保険加入歴（注１）			介護保険加入歴（注３）		
加入保険者名	協会けんぽ		加入保険者名	〇〇市	
加入区分	社保 被保険者・被扶養者	国保 世帯主・世帯主以外	加入保険者名	〇〇市	
加 入 期 間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日	加 入 期 間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
（注２） 被 扶 養 者 氏 名	共 済 花 子		生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	
医療保険加入歴（注１）			介護保険加入歴（注３）		
加入保険者名	協会けんぽ		加入保険者名		
加入区分	社保 被保険者・被扶養者	国保 世帯主・世帯主以外	加入保険者名		
加 入 期 間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日	加 入 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
上記のとおり高額介護合算療養費の支給を申請します。					
山形県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
〒 〇〇〇-〇〇〇〇					
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号					
請求者 住 所 氏 名 共 済 太 郎					
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
所属所 職 名 〇 〇 市 長 受付印 氏 名 〇 〇 〇 〇					

（注１） 計算期間内に他の医療保険加入期間がある場合は記入してください。社保の被保険者又は国保の世帯主だった方は、当該医療保険期間の医療費の自己負担額証明書（裏面参照）を添付してください。計算期間末日における被扶養者が国保の加入歴のある場合で、組合員が国保の世帯主であった場合も国保の加入期間を記入するとともに、その間の医療費の自己負担額証明書を添付してください。

（注２） 計算期間末日（７月３１日）の被扶養者すべてを記入してください。

（注３） 介護保険加入の場合には、介護保険の自己負担額証明書を添付してください。