共済組合用

伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	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	○○市
組合員生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日	計算期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日		
医療保険加入歴（※１）		介護保険加入歴（※３）			
加入保険者名	協会けんぽ	加入保険者名			
加入区分	社保（○）／国保 被保険者（○）・被扶養者／世帯主・世帯主以外				
加入期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日	加入期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日		
（※２）被扶養者氏名	共済　梅子	生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日		
医療保険加入歴（※１）		介護保険加入歴（※３）			
加入保険者名	協会けんぽ	加入保険者名	○○市		
加入区分	社保（○）／国保 被保険者・被扶養者（○）／世帯主・世帯主以外				
加入期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日	加入期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　日		
（※２）被扶養者氏名	共済　花子	生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日		
医療保険加入歴（※１）		介護保険加入歴（※３）			
加入保険者名	協会けんぽ	加入保険者名			
加入区分	社保（○）／国保 被保険者・被扶養者（○）／世帯主・世帯主以外				
加入期間	自 令和　○　年　○　月　○　日 至 令和　○　年　○　月　○　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　○　年　○　月　○　日

請求者
〒　○○○　－　○○○○
住　所　○○市○○町○－○－○
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。

所属所受付印

令和　○　年　○　月　○　日

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

※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。

※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。

※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。