

日立健康保険組合 御中

健康保険 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

※太枠線内を記入してください				備考	枚中 枚目
提出日	令和 年 月 日	申請対象年度	令和 年度	対象となる計算期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
被保険者等 記号・番号	記号	番号		被保険者氏名 及び生年月日	昭和・平成 年 月 日
事業所 (会社)名称				所属・電話	(TEL :)
被保険者住所 及び連絡先	〒				(TEL :)
日立健保加入中 の受診歴					
計算期間の末日に おいて加入する 医療保険者の名称					
給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方: 委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ <u>委任状欄</u> にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方: 健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます					
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____				

被扶養者氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	日立健保加入中 の受診歴	
------------------	----------------	-----------------	--

被扶養者氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	日立健保加入中 の受診歴	
------------------	----------------	-----------------	--

被扶養者氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	日立健保加入中 の受診歴	
------------------	----------------	-----------------	--

(留意事項) 本申請書は事業所の健保担当部署へ提出してください。
 (退職された方は直接日立健保へ提出してください。)
 ※記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください

受付日付印

事業所コード			
事業所担当者	年 月 日		
氏名			

証明書発行	インプット

支給決定伺

支給決定額	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		