

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

※太枠線内を記入してください

提出日				令和 年 月 日	申請対象年度	令和 年度	備考	枚中 枚目
被保険者証 記号・番号		記号		番号		被保険者の氏名 及び生年月日		昭和・平成 年 月 日
被保険者の勤務 する事業所の名称		被保険者の住所 及び連絡先		〒		所属・電話		(TEL : )
被保険者の住所 及び連絡先		〒						(TEL : )
保 険 者 加 入 歴	保険者名及び加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号			
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)							
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)							
日立健保加入中 の受診歴								
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 ⇒ 委任状欄にご署名ください 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						

被扶養者の氏名 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	
保 険 者 加 入 歴	保険者名及び加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			

被扶養者の氏名 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	
保 険 者 加 入 歴	保険者名及び加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			

(添付書類) 自己負担額証明書  
(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

事業所コード	
事業所担当者	年 月 日 氏名

受付日付印

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				
決裁年月日	令和 年 月 日	資格取得日		年 月 日	
支払年月日	令和 年 月 日	資格喪失日		年 月 日	

インプット
-------