

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 |
| 被保険者証<br>記号・番号  | 記号  | 番号     |       | 被保険者の氏名<br>及び生年月日 | 昭和・平成 年 月 日           |
|   |   |        |       |                   |                       |
| 被保険者の勤務<br>する事業所の名称   |   |        |       | 所属・電話             | (TEL : )              |
| 被保険者の住所<br>及び連絡先  | 〒   |        |       |                   | (TEL : )              |
| 日立健保加入中<br>の受診歴   |   |        |       |                   |                       |
| 計算期間の末日に<br>おいて加入する<br>医療保険者の名称   |   |        |       |                   |                       |
| 給付金の振込みについて<br>【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<br>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<br>【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<br>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ |        |       |                   |                       |

|                   |                |                 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|
| 被扶養者の氏名<br>及び生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 日立健保加入中<br>の受診歴 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|

|                   |                |                 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|
| 被扶養者の氏名<br>及び生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 日立健保加入中<br>の受診歴 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|

|                   |                |                 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|
| 被扶養者の氏名<br>及び生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 日立健保加入中<br>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 |    |    |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | 資格喪失日 | 年 月 日 |    |    |