

支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日	年	月	日	
				資格照合	取得 喪失	年 年	月 月	日 日
	備考				支給決定額	円		

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 高額介護合算療養費支給申請書

申請年月日				年	月	日	枚中		枚目	
申請対象年度		年度	対象となる計算期間		年 8 月 1 月から 年 7 月 31 日まで					
申請者氏名					生年月日		年 月 日			
被保険者住所										
連絡先電話番号					勤務先事業所名					
保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号			
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							
合算対象となる被扶養者の氏名					生年月日		年 月 日			
保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号			
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							
合算対象となる被扶養者の氏名					生年月日		年 月 日			
保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号			
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							
			年 月 日～ 年 月 日							

【添付書類】 他の保険者が発行した自己負担限度額証明書を添付して下さい。

受 付 印
