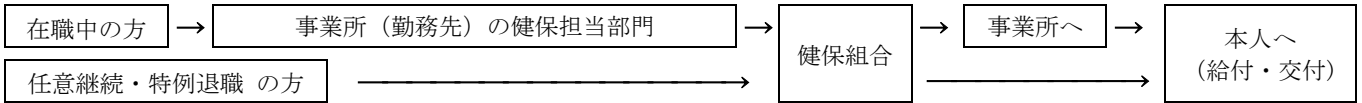


| | | | | | | |
|---------------|-------------------------|----|-----------|----------|----|-----|
| 事業所担当者 確認印 | ←任継・特退 の加入者は 押印不要 | 金額 | 支給申請書整理番号 | 支給決定伺 | | |
| | | 円 | | 令和 年 月 日 | GL | 担当者 |
| | | 備考 | | | | |

《申請から 給付・交付の流れ》



『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

[枚中 枚目] ←加入履歴や被扶養者欄が足りない場合、全体の枚数と何枚目かを記入してください。

| | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--------|--------|----------------------|-------------|
| 被保険者証 | | 被保険者氏名 | | 性別 | 生年月日 | |
| 記号 | 番号 | | | 男・女 | 昭・平・令 | 年 月 日 |
| 申請 区分 | <input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 | | | 申請対象年度 | 対象となる計算期間 | |
| | <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。 | | | 令和 年度 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで |
| 計算期間の末日において 加入する医療保険者名称 | | 1. 富士フィルムグループ健康保険組合 2. それ以外 () | | | | |
| 富士フィルムグループ健康保険組合 加入期間中に受診した年月 | | | | | | |
| 加入 履歴 | ・計算期間内に富士フィルム健保以外の医療保険に加入していた場合記入。(自己負担額証明書交付申請のみの場合記入不要) ・計算期間内のすべての介護保険加入履歴を記入(介護保険被保険者証が交付されていない期間は記入不要) | | | | | |
| | | 保険者名称 | 加入期間 | | 添付の自己負担額証明書 整理番号* | |
| | 1 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| | 2 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| 3 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | | |
| 被扶養者氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 加入 履歴 | ・計算期間内に富士フィルム健保以外の医療保険に加入していた場合記入。(自己負担額証明書交付申請のみの場合記入不要) ・計算期間内のすべての介護保険加入履歴を記入(介護保険被保険者証が交付されていない期間は記入不要) | | | | | |
| | | 保険者名称 | 加入期間 | | 添付の自己負担額証明書 整理番号* | |
| | 1 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| | 2 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| 3 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | | |
| 被扶養者氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | 昭・平・令 |
| 加入 履歴 | ・計算期間内に富士フィルム健保以外の医療保険に加入していた場合記入。(自己負担額証明書交付申請のみの場合記入不要) ・計算期間内のすべての介護保険加入履歴を記入(介護保険被保険者証が交付されていない期間は記入不要) | | | | | |
| | | 保険者名称 | 加入期間 | | 添付の自己負担額証明書 整理番号* | |
| | 1 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| | 2 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | |
| 3 | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | | |
| 上記の通り、給付金の支給 または 証明書の交付 を申請します。 また在職期間中に係る給付金申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。 申請日：令和 年 月 日 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 被保険者 住所 氏名 | | | | | | |

*自己負担額が無い場合、自己負担額証明書の添付は不要です(整理番号欄に「添付なし」と記入してください)

*時効：請求権は、基準日(計算期間の末日)の翌日から起算して2年で時効になります。