

「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」の記入にあたって

富士通健保を抜けた後に加入した健保等へ、「高額介護合算療養費支給申請」を行う方で、**富士通健保加入時の『自己負担証明書』が必要となる場合に、**この申請書を提出してください。

[提出先]

- ① 富士通および社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方
人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛
社内メール)新川崎三井ビル W棟 25F
郵 送)〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田 1-1-2 新川崎三井ビルディング W棟 25F
- ② ①以外の会社にお勤めの方 … 各社総務人事担当部門

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

常務理事		事務局長		課長		担当	
------	--	------	--	----	--	----	--

記入例

太枠の中を記入ください。

申請対象年度	平・令 20 年度	対象となる計算期間	平・令 20 年 4 月 から 平・令 21 年 7 月 まで	ページ数	1 枚中 1 枚目
--------	-----------	-----------	---------------------------------	------	-----------

フリガナ	フジツウ タロウ		生年月日	昭・平・令 30 年 1 月 1 日	性別	男
申請者氏名(被保険者氏名)	富士通 太郎					
被保険者証 (記号・番号)	9999 - 123456	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称	〇〇市 国民健康保険			

被保険者	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ	フジツウ タロウ
振込先口座	みずほ銀行	本店	普通	9999999	口座名義	富士通 太郎

① 被扶養者氏名	富士通 みち子
生年月日	昭・平・令 33 年 1 月 10 日
② 被扶養者氏名	富士通 みち代
生年月日	昭・平・令 10 年 3 月 3 日
③ 被扶養者氏名	
生年月日	

↑
「対象となる計算期間」の間に、富士通健保の被扶養者となっていた方をご記入ください。4名以上の場合には、申請用紙を複数枚ご利用ください。

富士通健康保険組合理事長 殿 令和2年12月1日

自己負担額証明書の交付を申請します。
(高額介護合算療養費の支給を申請します。)

郵便番号 211-9999
住所 川崎市中原区上小田中〇-〇-〇
電話番号 044(×××)9999

申請者氏名 富士通 太郎
(被保険者氏名)

申請年月日

押印は不要です。

健保記入欄	加入期間	被扶養者	日~平・令 年 月 日		
		①被扶養者	日~平・令 年 月 日		
		②被扶養者	平成 年 月 日~平・令 年 月 日		
		③被扶養者	平・令 年 月 日~平・令 年 月 日		
整理番号		支給金額		支給日	

【事業所記入欄】
担当者名
備考欄

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

常務理事		事務局長		課長		担当	
------	--	------	--	----	--	----	--

申請対象年度	平・令	年度	対象となる計算期間	平・令	年	月	から	平・令	年	月	まで	ページ数	枚中	枚目
--------	-----	----	-----------	-----	---	---	----	-----	---	---	----	------	----	----

フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	
申請者氏名(被保険者氏名)								
被保険者証 (記号・番号)	—	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称						

被保険者 振込先口座	金融機関名	支店名	種 目	口座番号	フリガナ	
			普通・当座・その他		口座名義	

被扶養者 氏 名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日
被扶養者 氏 名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日
被扶養者 氏 名	
生年月日	

富士通健康保険組合理事長 殿

自己負担額証明書の交付を申請します。 申請年月日 平成・令和 年 月 日
 (高額介護合算療養費の支給を申請します。)

郵便番号
 住 所
 電話番号

申請者氏名
 (被保険者氏名)

健保記入欄	加入期間	被保険者	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
		①被扶養者	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
		②被扶養者	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
		③被扶養者	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日
	整理番号		支給金額		支給日						

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄

