「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］

送付先は下記をご確認ください。

https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html

富士通健保　送付先　検索

富士通健康保険組合 HP ＞ ホーム ＞ 書類の提出先（ページ最下段右）

2021/10/1

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	○○市　国民健康保険		

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	フジツウ　タロウ
	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	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。　　申請年月日
(高額介護合算療養費の支給を申請します。)

郵便番号　２１１－９９９９
住　　所　川崎市中原区上小田中○－○－○
電話番号　０４４（×××）９９９９

申請者氏名
(被保険者氏名)　富士通　太郎

押印は不要です。

健保記入欄	加入期間									
		被				日～平・令	年	月	日
		①				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

2021/10/1

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

申請年月日　平成・令和　　年　月　　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
住　　所
電話番号

申請者氏名
(被保険者氏名)

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄

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				

2021/10/1