

### 記入例

申請者以外の口座に振込を希望する場合は、  
「受取代理人の欄」の記入が必要です。

●の箇所については該当する場合に記入してください。

記入例申請区分②の場合(7月31日時点でダスキン健康保険組合以外他健保へ加入されていた方)

(申請者の方) 記入例申請区分②の場合(7月31日時点でダスキン健康保険組合以外他健保へ加入されていた方)

自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

記入例

|   |      |                                                                                                                     |        |       |   |           |                              |    |    |
|---|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---|-----------|------------------------------|----|----|
| 1 | 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。<br><input checked="" type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。 | 申請対象年度 | 令和元年度 | 2 | 対象となる計算期間 | 元 年 8 月 1 日から 2 年 7 月 31 日まで | 枚中 | 枚目 |
|---|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---|-----------|------------------------------|----|----|

|                                |            |                                                 |    |        |      |                   |                                    |                            |   |
|--------------------------------|------------|-------------------------------------------------|----|--------|------|-------------------|------------------------------------|----------------------------|---|
| 申請書に係る記入欄                      | フリガナ       | ケンボ タロウ                                         |    | 保険者加入歴 | 1    | 保険者名              | 加入期間                               | 添付の自己負担額証明書整理番号            |   |
|                                | 申請者氏名      | 健保 太郎                                           |    |        | 2    | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                                    |                            |   |
|                                | 申請者住所      | 〒XXXX-XXXX 電話 06 (1000) 1000<br>〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 |    |        | 3    | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                                    |                            |   |
|                                | 生年月日       | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日                                  | 性別 |        | 男 女  | ※ 1               | 年 月 日 から 年 月 日 まで                  |                            |   |
|                                | 被保険者等記号・番号 | 100                                             | -  |        | XXXX | 加入期間              | 令和 2 年 1 月 1 日から 令和 2 年 7 月 31 日まで | 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2 | 5 |
| □ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) |            |                                                 |    |        |      |                   |                                    |                            |   |

|            |                                    |                                    |     |                   |                   |                   |                   |                 |
|------------|------------------------------------|------------------------------------|-----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 被扶養者に係る記入欄 | フリガナ                               | ケンボ ハナコ                            |     | 保険者加入歴            | 1                 | 保険者名              | 加入期間              | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
|            | 被扶養者氏名                             | 健保 花子                              |     |                   | 2                 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                   |                 |
|            | 生年月日                               | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日                     | 性別  |                   | 男 女               | ※ 3               | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                 |
|            | 加入期間                               | 令和 2 年 1 月 1 日から 令和 2 年 7 月 31 日まで |     |                   |                   |                   |                   |                 |
|            | フリガナ                               | ケンボ シンタロウ                          |     |                   | 1                 | 保険者名              | 加入期間              | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| 被扶養者氏名     | 健保 慎太郎                             |                                    | 2   | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                   |                   |                   |                 |
| 生年月日       | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日                     | 性別                                 | 男 女 | ※ 3               | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                   |                   |                 |
| 加入期間       | 令和 2 年 1 月 1 日から 令和 2 年 7 月 31 日まで |                                    |     |                   |                   |                   |                   |                 |

|        |                                    |    |     |                   |                   |                 |
|--------|------------------------------------|----|-----|-------------------|-------------------|-----------------|
| フリガナ   | ケンボ シンタロウ                          |    | 1   | 保険者名              | 加入期間              | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| 被扶養者氏名 | 健保 慎太郎                             |    | 2   | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                   |                 |
| 生年月日   | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日                     | 性別 | 男 女 | ※ 3               | 年 月 日 から 年 月 日 まで |                 |
| 加入期間   | 令和 2 年 1 月 1 日から 令和 2 年 7 月 31 日まで |    |     |                   |                   |                 |

70歳以上の被扶養者の方をご記入ください。

|   |         |                                                                                                |
|---|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。<br>令和 年 月 日<br>申請者住所 代理人の氏名<br>氏名 委任者と代理人との関係<br>代理人の住所 〒 - 電話 ( ) |
|---|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

▶当組合の資格喪失後申請時のみご記入ください。当組合加入中は規定により事業所委任扱いとなります。

|                      |      |      |                                  |                            |         |               |      |                                |      |               |      |         |       |       |
|----------------------|------|------|----------------------------------|----------------------------|---------|---------------|------|--------------------------------|------|---------------|------|---------|-------|-------|
| 振込希望口座               | 支払区分 | 金融機関 | 〇〇〇〇 銀行・金庫<br>信組・信連<br>信漁連・農協・漁協 | 〇〇 店・本店<br>支店・出張所<br>本所・支所 | 金融機関コード | 1 2 X X X X X | 預金種別 | 1.普通 4.通知<br>2.当座 5.貯蓄<br>3.別段 | 口座番号 | 1 2 X X X X X | フリガナ | ケンボ タロウ | 口座名義人 | 健保 太郎 |
| 社会保険労務士の提出代行者        |      |      |                                  |                            |         |               |      |                                |      |               |      |         |       |       |
| 申請年月日 令和 年 月 日 受付年月日 |      |      |                                  |                            |         |               |      |                                |      |               |      |         |       |       |

●の箇所については該当する場合に記入してください。

1

7月31日時点ではダスキン健保へ加入しておらず、計算期間中にダスキン健保の加入期間がある場合、①、②のいずれにもチェック☑をつけてください。

2

申請対象年度・対象となる計算期間

(例)

令和元年度⇒令和元年8月1日～ 令和2年7月31日  
令和2年度 ⇒令和2年8月1日 ～ 令和3年7月31日

3

「申請者氏名」は被保険者ご本人のお名前を記入してください。

「被扶養者氏名」は対象となる計算期間中に70歳以上であった被扶養者のお名前を記入してください。

4

ダスキン健保に加入していた当時、使用していた健康保険等の記号番号を記入してください。

5

7月31日時点で加入していた医療保険者の名称を記入してください。

6

金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人をもれなく記入してください。

1

被保険者本人が非課税の場合は(申請書裏面参照)証明書添付か添付省略希望のいずれかを選択してください。

2

申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。