

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	平成〇〇年	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号			
フリガナ		生年月日	年	月	日生	性別	計算期間の始期及び終期	年 月～ 年 月		
氏名		個人番号								
国民健康保険資格情報										
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間					
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで					
後期高齢者医療資格情報										
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称			加入期間				
						年 月 日から 年 月 日まで				
介護保険資格情報										
保険者番号	被保険者番号		保険者名称			加入期間				
						年 月 日から 年 月 日まで				
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 コード	本店 支店 出張所	店舗 コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座 管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	1						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人	
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 日から 年 月 日まで							
			年 月 日から 年 月 日まで							
			年 月 日から 年 月 日まで							

(所在地) 年 月 日

(保険者代表者名) 殿

① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号 住所

申請代表者 印

氏名

個人番号

電話番号