

## 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	令和    年度				
フリガナ	生年月日	性別			
氏名	個人番号	計算期間の 始期及び終期			
令和    年    月    日～令和    年    月    日					
<b>国民健康保険資格情報</b>					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号			
		続柄			
		1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員			
		保険者名称			
		加入期間			
令和    年    月    日から令和    年    月    日					
<b>後期高齢者医療資格情報</b>					
保険者番号	被保険者番号				
	広域連合名称				
	令和    年    月    日から令和    年    月    日				
<b>介護保険資格情報</b>					
保険者番号	被保険者番号				
	保険者名称				
	加入期間				
令和    年    月    日から令和    年    月    日					
支給方法	口座管理 番号	振込口座 記入欄			
1.窓口払い 2.口座振替					
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	金融機関 コード			
	本支店 出張所	店舗 コード			
	種目	口座番号			
	1.普通預金 2.当座預金 9.その他				
		フリガナ			
		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	備考欄
	1				
	2				
	3				

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>※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ください。</p> <p>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のみを丸で囲んでください。</p>	<p>年    月    日</p> <p>郵便番号                      住所</p> <p>申請代表者</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号</p>
--	---