

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	年度	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
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)		2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請

被保険者	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	性別	個人番号	年 月 ~ 年 月
	氏名					計算期間の 始期及び終期	

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
040204	み山	A	1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	山元町国民健康保険	年 月 ~ 年 月

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 ~ 年 月

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 ~ 年 月

振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 農協 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	口座管理 番号	振込先口座 管理番号
							口座名義人		
					1.普通預金 2.当座預金 9.その他				

振込口座は原則として申請者の口座をご指定ください。上記の口座名義人に振込委任します。 氏名
やむを得ず申請者以外の口座を指定される場合は右欄に署名押印ください。

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	備考欄	傷病の理由	1. 第三者行為 2. その他
	2						
	3						
						後期負担区分	

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿
山元町長 殿

申請者氏名 (被保険者) _____
個人番号 _____
電話番号 _____
郵便番号 _____
住 所 _____

年 月 日

① 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 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 (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。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。

申請書写し送付	介護・国保・ ()	送付先確認	受付入力	口座入力	人中	人目	枚中	枚目
---------	------------	-------	------	------	----	----	----	----