

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)	支給申請書番号	
--------	----	------	------	------	-------	-----------	---------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日	個人番号	
申請対象者氏名				計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月

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		

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

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

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 農協・漁協	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
2.口座振込							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		備考欄
	1						
	2						
	3						

島根県後期高齢者医療広域連合 様 _____ 市・町・村 長 様 年 月 日

郵便番号 _____

住所 _____

申請代表者 _____

氏名 _____

電話番号 _____

①上記対象者について、高額介護合算療養費(高額介護合算介護(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のみを丸で囲んでください。

	枚中		枚目
--	----	--	----