様式第 34 号（第 18 条関係）

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

フリガナ		生年月日	年　月　日	性別		個人番号	
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	被保険者記号	被保険者番号	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長　様　　＿＿＿＿市・町・村 長　様

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。

年　月　日
郵便番号　　住所
申請代表者
氏名
電話番号

	枚中		枚目