

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

申請先資格情報		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 介護保険		(保険者等記入欄)					
保険者番号				3	9	1	4	支給申請書整理番号					
被保険者証記号								申請対象年度					
被保険者(証)番号								平成	年度				
フリガナ								性別	計算期間				
氏名 (被保険者)									1. 男	始期	平成	年	月
生年月日									2. 女	終期	平成	年	月
住所	〒												

上記対象者について、

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
 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を丸で囲んでください。
 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ください。

平成 年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長
 市区町村長 〒

住所 _____ ※被保険者住所と同一の場合は省略可

申請者 氏名 _____ ④
 (国民健康保険の場合は世帯主) 電話番号 ()

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	1. 普通 2. 当座	口座番号						
	フリガナ										
	金融機関コード	支店コード	口座名義人								

私は、次の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人) _____ 委任者(申請者) _____

〒 _____ 住所 _____

氏名 _____ 氏名 _____ ④

平成 年 月 現在ご加入の医療保険資格情報

保険者番号	3	9	1	4	続柄	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者証記号					1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
被保険者(証)番号							

平成 年 月 現在ご加入の介護保険資格情報

保険者番号					保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者番号						平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

※

医療保険者加入歴				添付の自己負担額証明書番号			
保険者番号				続柄	保険者名称	計算期間における加入期間	
被保険者証記号				1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
被保険者(証)番号							
介護保険者加入歴				添付の自己負担額証明書番号			
保険者番号				保険者名称	計算期間における加入期間		
被保険者番号					平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		

※計算期間中に変更があった場合のみ記入 【点線部分は職員使用欄】

備考	後期高齢者医療支給額	円	(支給決定金額合計)	枚	中	受付印
	国民健康保険支給額	円		枚		
	介護保険支給額	円		枚		