

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	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	
--------	-------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------	--

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	計算期間の始期及び終期	令和 年 月 ~ 年 月
氏名					

国民健康保険資格情報				後期高齢者医療資格情報				介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者番号	被保険者番号	保険者番号	被保険者番号	保険者番号	被保険者番号	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 日まで	広域連合名称	加入期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	保険者名称	加入期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
-------	------	--------------------------	--------	------	--------------------------	-------	------	--------------------------

支払方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	1		銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	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	個人番号:
	1	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	2	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	3	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	計算期間の始期及び終期	令和 年 月 ~ 年 月
氏名					

国民健康保険資格情報				後期高齢者医療資格情報				介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者番号	被保険者番号	保険者番号	被保険者番号	保険者番号	被保険者番号	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 日まで	広域連合名称	加入期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	保険者名称	加入期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
-------	------	--------------------------	--------	------	--------------------------	-------	------	--------------------------

支払方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	2		銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	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	個人番号:
	1	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	2	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	3	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			

〒035-8686	むつ市中央一丁目8番1号	年 月 日
	むつ市長 様	

- 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。
- 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のみを丸で囲んで下さい。

〒 -

住所

申請代表者氏名

電話番号 ( ) -

個人番号

頁欄		
	枚中	枚目