

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		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		/	人目	/	枚目
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												
氏名	生年月日		生		性別		個人番号		計算期間の始期及び終期			

資格情報	国保	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	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	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	種目	口座番号				口座名義人(カナ)	振込先口座管理番号
2. 口座振込								1. 普通預金 2. 当座預金 4. 貯蓄預金					

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			

委任状	私は、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。											
	委任者(被保険者)	氏名										印
	代理人(口座名義人)	住所									氏名	(続柄)

市町村長 様 熊本県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

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。 円 □□□-□□□□

住所

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。 申請者氏名

なお、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以降の支給額で調整されることに同意します。

※高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)支給申請の場合、①のみを丸で囲んで下さい。 電話番号

自己負担額証明書交付申請の場合、①・②の両方を丸で囲んで下さい。

※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ