

高額介護合算療養費等支給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	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号
--------	----	------	------	------	-------	----------	-----------

フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	計算期間の 始期及び終期	年 月～ 年 月
氏名					

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
					年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	振込口座記入欄	銀行	本店	種目	1 普通	口座番号(7桁)				口座名義人(カナ)
1 窓口払		信金	支店		2 当座					
2 口座振込		組合	出張所		3 その他					

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
保険者 加入歴	1	年 月 日から 年 月 日まで		
	2	年 月 日から 年 月 日まで		
	3	年 月 日から 年 月 日まで		

(あて先)出水市長 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の場合、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のみ丸で囲んで下さい。	年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号
--	----------------------------------

	枚中		枚目
--	----	--	----