

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	1. 男 2. 女	計算期間	始期	平成	年	月			
氏名 (被保険者)														終期	平成	年	月			
生年月日														年	月	日				
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													

委任状

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
被保険者(証)番号											平成 年 月 日まで

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
被保険者(証)番号										平成 年 月 日まで
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								受付印	
	国民健康保険支給額	円								(支給決定金額合計)	枚 中
	介護保険支給額	円								円	枚 目