

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	平成	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	平成	年	月	～	年	月
------	--	--	------	-------	---	---	----	-------------	----	---	---	---	---	---

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	保険者番号	被保険者番号

保険者名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	広域連合名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	保険者名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
支給方法	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				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	平成	年			月	日から	平成	年	月	日まで	
	2	平成	年			月	日から	平成	年	月	日まで	
3	平成	年	月	日から	平成	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	平成	年	月	～	年	月
------	--	--	------	-------	---	---	----	-------------	----	---	---	---	---	---

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	保険者番号	被保険者番号
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員										

保険者名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	広域連合名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	保険者名称	加入期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
支給方法	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				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	平成	年			月	日から	平成	年	月	日まで	
	2	平成	年			月	日から	平成	年	月	日まで	
3	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで				

〒035-8686	むつ市中央一丁目8番1号 むつ市長 様	平成	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。
- 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