

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	
フリガナ	生年月日	性別	計算期間の始期及び終期					
氏名	個人番号							
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			
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員					
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			
介護保険資格情報								
保険者番号	被保険者番号	保険者番号			加入期間			
支給方法	振込口座 記入欄	銀行	本店	種目	口座番号		フリガナ	
1.窓口払い 2.口座振込		信用金庫 信用組合	支店 出張所	1.普通 2.当座			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	
	1							
	2							
	3							
申請年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -					
上記対象者について <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付を申請します。		住所	委任状欄					
		申請者氏名						印
		電話番号						
委任者		住所	委任者					
		受任者氏名 (口座名義人)						印
委任者		支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日	委任者					
		委任者氏名 (世帯主)						印