

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	
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	生年月日	生	個人番号
氏名			計算期間の始期及び終期

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	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	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(フリガナ)	振込先口座管理番号
					1.普通預金 2.当座預金 9.その他			
2.口座振込	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。						

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				
	4				
	5				

〒010-0951 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館内(1F) 年 月 日
 秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

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ください。
 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のみを丸で囲んでください。
 ※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

申請代表者
 郵便番号
 住所
 氏名
 電話番号

	人中		人目		枚中		枚目
--	----	--	----	--	----	--	----