

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						個人番号				生年月日		年 月 日 生				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								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						
受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。																						
1. 窓口払い 2. 口座振込		口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		金融機関コード				店舗コード			1. 普通預金	口座番号					フリガナ	振込先 口座管理 番号				
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																						

(あて先) 高浜市長

年 月 日

郵便番号

住所

① 上記対象者について、高額介護合算療養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の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

本申請をもって、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

申請者（世帯主）氏名

個人番号

電話番号

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名

個人番号