

## 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 番 号			
被 保 険 者 証 記 号		支給申請書整理番号	
被 保 険 者 ( 証 ) 番 号		申 請 対 象 年 度	
フリガナ		性別 1. 男 2. 女	計算期間 始期 年 月 日 終期 年 月 日
氏 名 (被保険者)			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	個人番号	
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住所の記載は省略可

申 請 者 氏名 (国民健康保険の場合は世帯主) 氏名 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	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) 住所 〒 氏名

委任者(申請者) 住所 〒 氏名

基準日時点ご加入の医療保険資格情報			
保 険 者 番 号		続 柄	保 険 者 名 称
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	計 算 期 間 に お け る 加 入 期 間
被 保 険 者 ( 証 ) 番 号			年 月 日 から 年 月 日 まで

基準日時点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			年 月 日 から 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
	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	計 算 期 間 に お け る 加 入 期 間
	被 保 険 者 ( 証 ) 番 号			年 月 日 から 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			年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考	本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/>	【点線部分は職員使用欄】		受 付 印
	自己負担額証明書添付無し確認済み <input type="checkbox"/>	後 期 支 給 額	円	
		国 保 支 給 額	円	
		介 護 支 給 額	円	枚 中
			円	枚 目

※計算期間中に変更があった場合のみ記入