

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 26 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
------	----------------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------------

被保険者	フリガナ		生年月日	明治		年		月		日生	性別	個人番号			
	氏名			大正			昭和								

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
39040000		宮城県後期高齢者医療広域連合	平成26年8月1日から平成27年7月31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
			平成26年8月1日から平成27年7月31日まで

振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合	金融機関 コード	本店 支店 出張所	店舗 コード	種目	口座番号	フリガナ	口座管理 番号	振込先口座 管理番号
							口座名義人		
					1.普通預金 2.当座預金 9.その他				

振込口座は原則として、申請者の口座を指定してください。
 やむを得ず申請者以外の口座を指定される場合は、右欄に署名押印してください。 上記の口座名義人に振込委任します。 氏名 印

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		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		

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様
 市(区)町村長 様

平成 年 月 日

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）の支給を申請します。

被保険者氏名
 (申請者) 印

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

電話番号 -

郵便番号 -

住所

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