

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

人中 人目

申請対象年度	平成 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	生 性別	個人番号										
	氏 名			計算期間の 始期及び終期	~									

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	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

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、右欄に署名捺印してください。

私は、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			

確認欄	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 計算期間中取得 (年齢到達・広域外転入・障害認定) ⇒ 自己負担額証明書 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (理由)) <input type="checkbox"/> 死亡 ⇒ 受領申出 (/ 済) 負担区分 (<input type="checkbox"/> 低Ⅰ・ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ・ <input type="checkbox"/> 一般・ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ・ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ・ <input type="checkbox"/> 現Ⅲ) <input type="checkbox"/> 医療費助成 (<input type="checkbox"/> 対象・ <input type="checkbox"/> 対象外)
-----	---

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様
 市 (区) 町村長 様

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 - -

※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。

郵便番号 -

住 所