

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20年度 | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ |
| 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 | 明治・大正・昭和 | 性別 | 男・女 | 計算期間の 始期及び終期 | |
| 氏名 | | 年 月 日生 | | | | | |

| 国民健康保険資格情報 | | | | | |
|------------|---------|---------|------------------------------|-------|------|
| 保険者番号 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | 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 | 保険者名称 | 加入期間 | | |
| 3906 | | 山形県後期高齢者医療広域連合 | | | |

| 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 | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------|--------------|-----|----|-------|------|
| 振込口座 | 金融機関名 | 店舗名 | 種目 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | 口座名義 カタカナ | | | | |

| | | | | | |
|--------|---|------|------|-----------------|-----|
| 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 | | | | |

山形県後期高齢者医療広域連合長 様 ○○市（町村）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。 住 所

※ 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、申請者 _____
①のみを丸で囲んでください。 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。 氏 名 _____ 印 _____

申請日 平成 年 月 日

※ で囲まれた部分をご記入ください