

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 | 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 | 年 | 月 | 日生 | 個人番号            |
| 氏名   |      |   |   |    | 計算期間の<br>始期及び終期 |

| 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<br>2. 擬制世帯主<br>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<br>カタカナ |     |  |  |    |       |      |  |  |  |

公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。  
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

| 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

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。 (円 - )

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 \_\_\_\_\_

申請日 年 月 日

※   で囲まれた部分をご記入ください