

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

※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□にチェックをしてください。
 ※高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ□にチェックをしてください。

申請区分	<input type="checkbox"/>	①高額介護合算療養費の支給を申請します。
	<input type="checkbox"/>	②自己負担額証明書の交付を申請します。

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで		枚中		枚目
--------	----	-----------	---	---	-----	---	---	-----	--	----	--	----

フリガナ					保険者加入歴	1	保険者名(介護保険及び医療保険)	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被保険者氏名						2		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				3		年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者証の記号・番号						※1		年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				

フリガナ					保険者加入歴	1	保険者名(介護保険及び医療保険)	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名						2		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				3		年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで				※3		年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ					保険者加入歴	1	保険者名(介護保険及び医療保険)	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名						2		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				3		年 月 日 から 年 月 日 まで	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで				※3		年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振 込 希 望 口 座	銀行 信用金庫	店番		委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。 年 月 日 委任された者の 事業所名 住所名 氏名	年 月 日 被保険者住所 (申請者) 被保険者氏名 (申請者) 電話番号 TEL () -
		口座番号				
	本店 支店	フリガナ				
	預金の種類	口座名義人氏名 (被保)				
	普通・当座・貯蓄					

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎1.記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。 2.支給申請する場合には、各加入歴に記入された期間に自己負担額がある場合は、「自己負担額証明書」の添付が必要です。 (令和1年5月1日 改)