

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（記入例）

申請対象年度	平成 28 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	
--------	----------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------	--

フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
氏名	広域 太郎					試算期間の始期及び終期	平成28年 8月 ~ 平成29年 7月

国民健康保険資格情報						試算期間に加入履歴がある場合記入してください。	
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		年 月 日から 年 月 日まで		

後期高齢者医療資格情報				試算期間に加入履歴がある場合記入してください。			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称		加入期間			
39410006	12345678	佐賀県後期高齢者医療広域連合		平成28年8月1日から 平成29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
412015	1234567890	佐賀中部広域連合	平成28年8月1日から 平成28年12月31日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	1		佐賀広域信用金庫 信用組合		本店出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	1 2 3 4 5 6 7	コウイキ タロウ 口座名義人	

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
		年 月 日から 年 月 日まで		
		年 月 日から 年 月 日まで		

佐賀中部広域連合長 様

平成29年 12月 27日

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）等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。

※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下さい。
高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）等の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 〇〇県××市▲▲町□□番地

申請者 氏名 広域 太郎 電話番号 ※※※※-※※-※※※※

認印を押印してください。

枚中 枚目