

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

申請先資格情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 介護保険	(被保険者等記入欄)
保険者番号				支給申請書整理番号
被保険者証番号				
被保険者(証)番号				申請対象年度
個人番号				

フリガナ		性別	1 男	計算期間	始期	年	月
氏名(被保険者)			2 女		終期	年	月
生年月日							
住所	〒			電話番号 ()			

上記対象者について、
 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
 ② 自己負担額証明書の交付
 を申請します。

※ 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を丸で囲んでください。
 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。

令和 年 月 日

箱根町長 様 〒 ※被保険者住所と同一の場合は省略可
 住所
 申請者 氏名
 (国民健康保険の場合は世帯主) 電話番号 ()

口座振替欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	農協	支所	2 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード	3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

委任状

私は、次の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人) 〒 委任者(申請者)
 住所
 氏名 氏名 (印)

年 月加入の医療保険資格情報			
保険者番号		続柄	保険者名称
被保険者証記号		1 世帯主	計算期間における加入期間
被保険者(証)番号		2 擬制世帯主	
		3 世帯員	年 月 日まで
		4 被保険者本人	

年 月加入の介護保険資格情報			
保険者番号		保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者番号			年 月 日から
			年 月 日まで

※	医療保険者加入歴		添付の自己負担額証明書番号	
	保険者番号		続柄	保険者名称
	被保険者証記号		1 世帯主	計算期間における加入期間
	被保険者(証)番号		2 擬制世帯主	
			3 世帯員	年 月 日まで
			4 被保険者本	
介護保険者加入歴		添付の自己負担額証明書番号		
保険者番号		保険者名称	計算期間における加入期間	
被保険者番号			年 月 日から	
			年 月 日まで	

※計算期間中に変更があった場合のみ記入

【点線部分は職員使用欄】

備考	後期高齢者医療支給額	円	(支給決定金額合計)	枚中	受付印
	国民健康保険支給額	円		枚目	
	介護保険支給額	円	円		