

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		計算期間	始期	年	月
氏名 (被保険者)			終期	年	月
生年月日	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。

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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 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)
 〒 氏名
 住所
 氏名

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 2 擬制世帯主	計算期間における加入期間 年 月 日から
被保険者(証)番号					3 世帯員 4 被保険者本人	年 月 日まで

年 月加入の介護保険資格情報						
保険者番号						保険者名称
被保険者番号						計算期間における加入期間 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	計算期間における加入期間
	被保険者証記号				1 世帯主 2 擬制世帯主		年 月 日から
	被保険者(証)番号				3 世帯員 4 被保険者本人		年 月 日まで
	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			
	介護保険支給額	円			