

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	令和元年度	申請区分	① 新規	2 変更	3 取下げ	※ 個人ごとの記入になります	支給申請書整理番号
--------	-------	------	------	------	-------	----------------	-----------

フリガナ	ヤチヨ タロウ	生年月日	昭和30年 3月 3日	性別	男	計算期間の 始期及び終期	令和元年8月から 令和2年7月まで
被保険者氏名	八千代 太郎	個人番号	111122223333				

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号・番号	続柄	保険者名称	加入期間
120212	21 - 7654321	① 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員	八千代市	令和元年10月1日から令和2年7月31日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	年 月 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
122218	1111111111	八千代市	令和元年8月1日から令和2年7月31日まで

支払方法	口座管理番号	振込先	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	ヤチヨ タロウ	振込先口座 管理番号
① 窓口払 2 口座払	1	大新	銀行 信用金庫 信用組合	9 9 9 9	八千代支店 出張所	0 0 1	① 普通預金 2 当座預金 3 その他	1 1 1 1 1 1 1	口座 名義人	八千代 太郎	1

保険者 加入歴	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	2	〇〇健康保険組合	令和元年8月1日から 令和2年9月30日まで	123456789
	3		年 月 日から 年 月 日まで	

介護の自己負担額証明書があれば、  
ご記入ください。  
なければ空欄で構いません。

他の医療保険の加入期間がある場合は、  
自己負担額証明書を見ながら記入してくだ  
さい。

申請は、7月末現在の医療保険者に原則行うため、  
7月末日時点で八千代の国保である場合は1に〇をつけるだけで  
構いません。  
自己負担額証明書は交付する必要はありません。

(宛先) 八千代市長	年 月 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)の支給を申請します。	住所 氏名
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。	個人番号
※ 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。 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のみを丸で囲んでください。	電話

世帯主氏名を  
記入してください。