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 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 申請形態 | | １．計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし） | | | | | | | | | | | | | ２．計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり） | | | | | | | | | | | | ３．計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ４．死亡・海外移住等計算期間中申請 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | 性別 | | |  | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | |
| 計算期間の始期及び終期 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　～　　　　年　　月 | | | | | | | | | |
| 国民健康保険資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | 加入期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給方法 | | | 口座管理番号 | | 振　込 口　座 記入欄 | |  | | 銀　　行  信用金庫  信用組合 | | | | | 金融機関コード | | | | | | |  | | | 本　店  支　店  出張所 | | 店舗コード | | | | | | 種目 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | 口座 名義人  （フリガナ） | | | | | |  | | | 振込先口座 管理番号 | |
| １.窓口払い  ２.口座振込 | | |  | |  | |  | |  |  | | | |  |  | １.普通預金  ２.当座預金  ９.そ の 他 | | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  | | |
|  | |  | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| １ | |  | | | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | |  | | | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | |  | | | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （後期）　**〒**320―0033　　栃木県宇都宮市本町３―９ 栃木県本町合同ビル２階  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　栃木県後期高齢者医療広域連合長　　　　　　　　　様  （国保）　**〒**329―0195　　栃木県下都賀郡野木町大字丸林571番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　野木町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  （介護）　**〒**329―0195　　栃木県下都賀郡野木町大字丸林571番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　野木町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  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。  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）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日  郵便番号　　**〒**　　　―　　　　住所　 野木町大字　　　　番地  申請代表者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　―　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 人中 | | | | | | |  | | | | | 人目 | | | |  | |  | | 枚中 |  | | 枚目 |