

高額医療合算介護(予防)サービス費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
フリガナ	イヨ タロウ	氏名	伊予 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	計算期間の始期及び終期	年 月 日
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	国民健康保険資格情報			保険者名称	加入期間	年 月 日
			続柄			1. 世帯主 2. 療制世帯主 3. 世帯員	加入期間	年 月 日
			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		
			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		
			支払方法			口座番号		
			口座管理番号			フリガナ		
			振込口座			イヨ タロウ		
			振込口座欄			口座名義人		
			銀行			伊予市米湊		
			金融機関コード			本店		
			記号			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		
			ゆうちょ銀行			口座番号		
			申請者本人の口座を記入してください			イヨ タロウ		
			※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック(√)してください。					
			※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。					
			保険者名			加入期間		
			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号		
			備考欄					
			保険者加入歴					
			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					

〒799-3193 愛媛県伊予市米湊 820 番地

① 上の対象者について、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 上の対象者について、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ください。
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。

郵便番号 799-3193 住所 伊予市米湊 820 番地
申請代表者 氏名 伊予 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

枚中	枚目
----	----