

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

第16号様式の2

申請先資格情報	<input checked="" 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	(保険者等記入欄)
保険者番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /	支給申請書整理番号
被保険者番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /	申請対象年度

フリガナ		計算期間	
氏名 (被保険者)			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	個人番号	
住所	〒		

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。
 ※ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

年 月 日	申請者 〒
	住所(※) (※)被保険者住所と同一の場合は住所の記載は省略可
(宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長 (宛先) 市区町村長	氏名 _____ 電話番号 _____ () _____

口座情報記入欄	払い戻し方法は 金融機関口座 または 公金受取口座 の いずれか1つ をご選択ください。 両方記入されている場合、公金受取口座を優先します。		
振込先口座	<input type="checkbox"/> 下記の口座で振込先に指定します。 		<input type="checkbox"/> マイナンバーに紐づけされた 公金受取口座 を指定します。 記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。 ※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。 ※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	種目 普通 口座番号
	金融機関コード	支店コード	口座名義人 (カタカナ)
			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)

基準日時点ご加入の医療保険資格情報			
保険者番号		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	保険者名称 _____ 計算期間における加入期間 _____ から _____ まで

基準日時点ご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 _____ から _____ 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 _____
被保険者記号		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	年 月 日 から 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	本人確認(代理人本人確認済み)	<input type="checkbox"/>	後期支給額	円	(支給決定金額合計)	受付印 _____ 枚 中 _____ 枚 目
	自己負担額証明書添付無し確認済み	<input type="checkbox"/>	国保支給額	円		
	高額療養費(外来年間合算含む)支給申請確認済み	<input type="checkbox"/>	介護支給額	円		
				円		