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	□後期高齢者医療　□国民健康保険　☑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

（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

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

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

□　下記の口座で振込先に指定します。

□　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）　〒

住所

氏名

委任者（申請者）

氏名　㊞

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	保険者名称	計算期間における加入期間	
被保険者番号	2．擬制世帯主 3．世帯員		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	
被保険者番号		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	
被保険者番号				

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） □	後期支給額	円			受付印
自己負担額証明書添付無し確認済み □	国保支給額	円	（支給決定金額合計）	枚中	
高額療養費（外来年間合算含む）支給申請確認済み □	介護支給額	円	円	枚目	