

高額介護合算療養費・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	令和	年度	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	----	----	-----------	-----------	--

フリガナ		個人番号		生年月日		性別		計算期間の始期及び終期	令和	年	月	～	令和	年	月
氏名															

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
170076			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	珠洲市	令和 年 月 日から令和 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
			令和 年 月 日から令和 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
			令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	金融機関コード				本店・支店 ()	支店コード		種目	口座番号	口座名義人 (カタカナ)									
									1.普通 2.当座 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		

あて先 珠洲市長 石川県後期高齢者医療広域連合長	令和 年 月 日 住所 氏名 電話番号
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。	

高額介護合算療養費と高額医療合算介護（予防）サービス費を、それぞれ別の口座に振り込む場合は、別葉にして申請してください。

	枚中		枚目
--	----	--	----