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

（保険者記入欄）

支給申請書整理番号	

申請対象年度		計算期間の始期及び終期	令　和　　年　　月　　日　～　令　和　　年　　月　　日

	枚中		枚目

世帯主氏名						対象者区分	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											
						世帯主		1			年　月　日から 年　月　日まで														
生年月日				性別				2			年　月　日から 年　月　日まで														
記号・番号	十和田　・			個人番号				加入期間における受診歴		年	8月	9月	10月	11月	12月		年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
加　入　期　間								計算期間の末日において加入する医療保険者の名称																	

支給方法	振込口座記入欄	金融機関コード				銀行 農協 金庫 組合	店舗コード			本　店 支　店 出張所	種目	口座番号							フリガナ	
1. 口座振込 2. 窓口払い											1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他								口座名義人	

対象者氏名						対象者区分	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											
						世帯主		1			年　月　日から 年　月　日まで														
記号・番号	十和田　・			個人番号				2			年　月　日から 年　月　日まで														
生年月日				性別				加入期間における受診歴		年	8月	9月	10月	11月	12月		年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
加　入　期　間																									

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
022061		十和田市	

備考	

申請年月日　令和　　年　　月　　日

①　高額介護合算の支給を申請します。

②　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。

高額介護合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号

住所

世帯主氏名

電話番号