

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	平成 30 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	コマツ シロ	生年月日	昭和17年 7月 7日生	性別	男・女	個人番号	XXXXXXXXXXXX
氏名	小松 次郎					試算期間の始期及び終期	平成30年 8月 ~ 令和元年 7月

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
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年 月 日から 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
			年 月 日から 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
172031		小松市	平成30年 8月 1日から 平成31年 3月 31日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込	1	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	△△	①普通預金 2.当座預金 9.その他	XXXXXXXXXX	コマツ シロ 口座名義人	

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 〒923-8650 小松市小馬出町9番地 〒920-0968 石川県金沢市幸町1番1号 小松市長 石川県後期高齢者医療広域連合長	令和 ×年 ×月 ×日 郵便番号 ×××-×××× 申請代表者 氏名 小松 次郎 電話番号 (××××) ×× - ×××× 印
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。	

(保険者等記入欄)	国保 確認日 /	長寿 確認日 /	枚中	枚目
-----------	----------	----------	----	----