

後期高齢者医療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

申請対象年度	平成 年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> ①新規 <input type="radio"/> 2.変更	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号															
--------	-------	------	---	-----------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		生年月日	明治 年 月 日生	性別	男	個人番号														
氏名		生年月日	大正 年 月 日生	性別	女	計算期間の始期及び終期	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日											

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		平成 年 月 日から平成 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
39370002		香川県後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日から平成 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
			平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座 管理番号
1. 窓口払い ② 口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		口座名義人	

保険者加入歴	1	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
	2		年 月 日から 年 月 日まで		
	3		年 月 日から 年 月 日まで		

〒760-0066 香川県高松市福岡町二丁目3番2号 平成 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿 申請者 〒

住所

氏名 ⑤

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○印で囲んで下さい。

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○印で囲んで下さい。

窓口持参者	氏名:	続柄:	連絡先:		枚中	枚目
-------	-----	-----	------	--	----	----