

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	年度	申請区分	1.新規	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			大正						女	計算期間の始期及び終期										
			昭和								年	月	～	年	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
		香川県後期高齢者医療広域連合	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
			年 月 日から 年 月 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
1. 窓口払い 2. 口座振込			銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	本店 支店 出張所	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	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		

〒760-0066 香川県高松市福岡町二丁目3番2号 香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者 〒 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○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