

記入例

丸印内をご記入ください。

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	令和 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		生年月日	年 月 日				計算期間の始期及び終期	令和 年 8 月 1 日から 令和 年 7 月 31 日 まで
対象者氏名		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3					
国民健康保険資格情報								
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称			加入期間	
140046	04		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	平塚市			令和 年 8 月 1 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			保険者名称			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	
142034				平塚市			令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで	
支給方法	口座管理番号	平塚市役所	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. 口座振込 2. 窓口払い	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 労働金庫	9 9 9 9	本店支店出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 4. 貯蓄預金	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人 平塚 太郎	
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				高額介護合算療養費のうち、公費助成に係る額について保険者が受領することに同意します。また、貴市介護保険課が保有するデータをこの申請に使用する場合に限り、調査、利用することに同意します。	
	2		年 月 日から 年 月 日まで					
	3		年 月 日から 年 月 日まで					

〒254-8686 神奈川県平塚市浅間町9番1号 平塚市長

令和 年 月 日

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ください。
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のみを丸で囲んでください。

申請者（世帯主） 郵便番号 254-8686 住所 平塚市浅間町9番1号

氏名 平塚 太郎

電話番号 0463 - 21 - 8776 （ご連絡のつく電話番号をご記入下さい）

保険年金課処理欄				
☐	支給	支給金額	円	決定年月日
☐	不支給	(理由) ☐ 公費助成により医療費自己負担なし ☐ 自己負担限度額未滿 ☐ 医療費自己負担額0円 ☐ 介護費自己負担額0円 ☐ その他 ()		令和 年 月 日

〇〇文字削除
〇〇文字加筆 署名

訂正する場合は訂正印は使用せず、訂正箇所にも二重線を引き、空白欄に、〇〇文字削除〇〇文字加筆と記入し、その横に署名をお願いします。

担当者	受付者

枚中	枚目
----	----