

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	3. 取下げ
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)	
	3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)			4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ	生年月日	年	月	日生	個人番号
氏名					計算期間の 始期及び終期

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
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		

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
3906				山形県後期高齢者医療広域連合	

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

振込口座	金融機関名	店舗名			種目	普通・当座	口座番号			
	口座名義 カタカナ									

公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。  
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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				
	3				
	4				
	5				

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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。 (円 - )

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。 住 所 \_\_\_\_\_

※ 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、申請者 \_\_\_\_\_  
①のみを丸で囲んでください。 電話番号 \_\_\_\_\_  
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。 氏 名 \_\_\_\_\_

申請日 年 月 日

※   で囲まれた部分をご記入ください