# 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　（1 枚中 1 枚目）

**※太枠線内のみ記載ください。**

| フリガナ | | 個人番号 | | 性別 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | | | |

| 支給方法 | 振込口座記入欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | フリガナ | | 口座管理番号 | 振込先口座 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 口座振込 | | | | 普通 当座 | | 口座名義人 | | | |

（あて先）長岡市長　様
（あて先）

**高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費・高額医療合算介護予防サービス費相当事業）の支給を申請します。**

□　**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、チェックしてください。

申 請 者(被保険者)　　令和　　年　　月　　日
郵便番号
住　　所
氏　　名　　㊞
個人番号
電話番号

【委任状】　支給される高額介護合算療養費の受領（申請）を下記の者に委任します。
委任する人　氏名　　印　　委任を受ける人　郵便番号
住　所
氏　名　　印　　委任する人との関係
電話番号

**（市町村記入欄）**

| 申請対象年度 | 年度 | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ | 支給申請書整理番号 | | 計算期間の始期及び終期 | 年　月　日～　　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請形態 | 1. 計算期間末日以降申請（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（期間中死亡あり） | | | 3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住あり） | | | 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請 |

| 資格情報 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 国民健康保険 | 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 |
| | | | | | | 年　月　日～平成　年　月　日 |
| 後期高齢者医療 | 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 | 保険者番号 | 被保険者番号 | | 保険者名称 | | 加入期間 |
| | | | | | | 年　月　日～平成　年　月　日 |

| 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 | | 保険者名 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | 年　月　日から<br>年　月　日まで | | 3 | | 年　月　日から<br>年　月　日まで | |
| | 2 | | 年　月　日から<br>年　月　日まで | | 4 | | 年　月　日から<br>年　月　日まで | |