

大洲市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	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号
--------	----	------	------	-------	--------	----------	-----------

フリガナ		生年月日	年 月 日生	性別		個人番号	
氏名						計算期間の始期及び終期	年 8 月 ~ 年 7 月

医療保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
				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
382077		大洲市	年 月 日から 年 月 日まで

支払方法		金融機関コード	本店・本所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
① 窓口払い	振込口座	銀行 信用金庫 農協	支店	支所	1 普通預金		口座名義人
② 口座振込					2 当座預金		
					3 その他		

(申請者と口座名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。)

上記名義人口座へ、高額介護療養費等の振込みを承諾します。

申請者氏名

印

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		

〒795-8601 愛媛県大洲市大洲690番地の1

大洲市長 様

年 月 日

下記の通り申請します。又、申請にあたり世帯員の個人住民税の課税状況、及び他保険自己負担額等を担当職員が確認することに同意致します。

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。

郵便番号

申請者住所

氏名

電話番号()

自己負担額証明書の交付申請を行う場合①②のいずれも丸で囲んでください。高額介護合算(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。

※申請者について、1 の場合は申請対象年度末日(記載年度の7月末日)における世帯主氏名を、2 の場合は受診時の世帯主氏名を記入してください。(加入期間内に世帯主が変更となった場合は世帯主ごとに申請してください)

枚中

枚目

ご記入上の注意事項

1. 高額介護合算療養費等支給申請書について

(1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)として支給されます。

(2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日(記載年度の7月末日)に加入する医療保険(介護保険)の資格情報を記載してください。

(3) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。

2. 自己負担額証明書交付申請について

(1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください。

(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください)

(2) 各医療保険(介護保険)資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。