

①様式 **申請年度・区分を記入**

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	令和 ● 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
--------	---------	------	-------	-------	--------	----------	-----------

個人番号をご記入ください

フリガナ	被保険者の氏名を記入。	生年月日	令和元年度分申請の際は、 元年8月～2年7月として ください。	個人番号
氏名				計算期間の始期及び終期 年 月 ～ 年 月

医療保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	加入期間	計算期間内での加入期間を ご記入ください。
382077		年 月 日から 年 月 日まで	
支払方法	振込口座	銀行	口座番号
1. 窓口払い 2. 口座振込		信用金庫	フリガナ
		支所	口座名義人
		2 当座預金 3 その他	
(申請者と口座名義人) 上記名義人口座へ、高額介護合算療養費等の振込みを承諾します。 ※被保険者(亡くなられている場合は相続人代表者)以外の口座を指定した場合に記入。			

ゆうちょ銀行を指定される場合は、
「金融機関コード」…「9900」
「店舗コード」…「店番」の欄に記載の3ケタの数字
「口座番号」…振込受取用の口座番号(7ケタ)
を記入してください。

計算期間中に転出・転入があった方はご記入ください。

**振込口座は被保険者名義の口座を記入。
(被保険者が亡くなられている場合は相続人代表者の口座を記入。)**

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
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

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)を支給させていただきます。
2. 上記対象者について、自己負担額証明書の交付支給申請を行う場合①の

年 月 日
郵便番号 -
申請者住所 被保険者の住所を記入。
氏名 被保険者の氏名を記入。
電話番号 () -

次の場合は、申請者の欄を下記のように記入。

①被保険者が亡くなっている場合
⇒相続人代表者の住所・氏名を記入。
【氏名欄の書き方】 相続人代表者 (代表者様氏名)

②法定代理人(成年後見人など)が申請する場合
⇒法定代理人の住所を記入。
【氏名欄の書き方】 (被保険者氏名) 成年後見人(後見人様氏名)
※提出時に登記事項証明書などの証明書類および身分証の提示が必要。(郵送の場合はコピーを添付。)

	枚中		枚目
--	----	--	----

- ご記入上の注意事項
- 高額介護合算療養費等
 - 医療保険の自己負担額
 - 各資格情報欄について
 - 介護保険で給付制限がある。
 - 自己負担額証明書交付
 - 自己負担額証明書の提出(2以上の市町村の保険者)
 - 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。

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。ただし、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。