

受付印

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

(市記入欄) 申請対象年度 平成 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

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生 性別 男女 個人番号 計算期間の始期及び終期 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで
国民健康保険資格情報
保険者番号 200014 被保険者証記号 長 被保険者証番号 続柄 長野市 加入期間 平成 年 月 日から平成 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 広域連合名称 加入期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
介護保険情報
保険者番号 202010 被保険者番号 長野市 加入期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
振込口座記入欄 口座管理番号 1 銀行 信用金庫 信用組合 農協 金融機関コード 本店支店支所 店舗コード 種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 口座番号 フリガナ 口座名義人 振込先口座管理番号
保険者加入歴 1 2 3 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 医療保険者の所在地等 受診歴 その他

(宛先) 長野市長 申請年月日 平成 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のみを行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
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のみを丸で囲んで下さい。
申請代表者 住所 氏名 電話

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。 枚中 枚目

(裏面)

※振込口座が、該当する申請書の申請者と違う場合は、委任状の記入をお願いします。

委 任 状

平成 年 月 日

住所

申請者(被保険者) 氏名 _____ 印

連絡先

高額介護合算療養費、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給について、下記の者に受領を委任します。

代理人(受任者) 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____