様式１

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

申請先資格情報	□ 後期高齢者医療　□ 国民健康保険　□ 介護保険	(保険者等記入欄)	
保険者番号		支給申請書整理番号	
被保険者証記号			
被保険者(証)番号		申請対象年度	平成　　年度

フリガナ		性別	1. 男 2. 女	計算期間	始期　平成　年　月　日 終期　平成　年　月　日
氏名 (被保険者)					
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日			個人番号	
住所	〒				

上記対象者について、
① 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
② 自己負担額証明書の交付
を申請します。

※　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を丸で囲んでください。
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。

平成　　年　　月　　日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長
市区町村長　　〒

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※被保険者住所と同一の場合は省略可

申請者
(国民健康保険の場合は世帯主)　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿(　　)＿＿＿＿＿＿

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	1. 普通 2. 当座	口座番号
	金融機関コード	支店コード	フリガナ		
			口座名義人		

委任状	私は、次の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(口座名義人)　　委任者(申請者) 〒 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

平成　年　月現在ご加入の医療保険資格情報				
保険者番号	続柄	保険者名称	計算期間における加入期間	
被保険者証記号	1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	
被保険者(証)番号				

平成　年　月現在ご加入の介護保険資格情報		
保険者番号	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者番号		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

※

医療保険者加入歴		添付の自己負担額証明書番号		
保険者番号	続柄	保険者名称	計算期間における加入期間	
被保険者証記号	1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	
被保険者(証)番号				

介護保険者加入歴	添付の自己負担額証明書番号	
保険者番号	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者番号		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

※計算期間中に変更があった場合のみ記入

【点線部分は職員使用欄】

備考					
本人確認(代理人本人確認)済み □	後期高齢者医療支給額	円			受付印
自己負担額証明書添付無し確認済み □	国民健康保険支給額	円	(支給決定金額合計)	枚中	
	介護保険支給額	円	円	枚目	