

高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費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	平成 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	-------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	性別	男・女	計算期間の始期及び終期	平成 年 月 ~ 平成 年 月
氏名							

国民健康保険資格情報					
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
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		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

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
085217		八千代町	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込			信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店 出張所	1.普通預金 2.当座預金 9.その他		口座名義人	

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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	3	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		

あて先
〒300-3592 茨城県結城郡八千代町大字菅谷1170番地
〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地（ミオス1階）

八千代町長
茨城県後期高齢者医療広域連合

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。

郵便番号 — 住所
申請代表者
氏名
電話番号 () — 印