

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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)		2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住あり)		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

↑これまでに申請したことがある方については、個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。

氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)																		
		計算期間の始期及び終期																		

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
39010004		北海道後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 年 月 日

介護保険資格情報

保険者番号(6桁)	被保険者番号(10桁)	保険者名称	加入期間
		介護保険	年 月 日 ~ 年 月 日

振込口座記入欄	銀行	金融機関	本店	店舗コード	口座種別	口座番号	備考
	信用金庫		本所		1. 普通		
	信用組合		支店		2. 当座		
	協同組合		()		()		
	()						
	口座名義人(カタカナ)						

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
	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	

〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目 年 月 日

(宛先) 北海道後期高齢者医療広域連合長

- 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。
 なお、上記対象者が計算期間において、重度心身障害者医療助成を受けている場合は、北海道後期高齢者医療広域連合から支給される高額介護合算療養費については、助成を実施していた市町村が受領することに同意します。

- 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。

※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して、支給を申請します。 はい / いいえ

郵便番号

住所

申請代表者

氏名

電話番号

市区町村記入欄 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> (被保険者が死亡している場合)申立書の受付・口座の確認(受付日: 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 添付書類有(□委任状・□自己負担額証明書・□登記事項等証明書)
	<input type="checkbox"/> 介護認定なし
	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療受給者

	人中		人目	
--	----	--	----	--

	枚中		枚目	
--	----	--	----	--