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

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	
広域連合記入欄	

被保険者		生年月日	年　月　日	計算期間の始期及び終期	令和　年　月 ～ 令和　年　月

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	対象加入期間
３９０１０００４		北海道後期高齢者医療広域連合	令和　年　月　日 ～ 令和　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	対象介護認定期間
		（介護保険）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

① 記　入　日	令和　　年　　月　　日
② 申請者氏名	※原則、申請者は上記「被保険者」欄に印字されている方です。
③ 申請者住所	上記「被保険者」の住民票の住所と　同じです　異なります 異なる場合のみ住所を記入してください 〒　　－
④ 電話番号	－　　－　　代理人（　　） ※申請者の電話番号を記入してください。不備があった場合等、電話連絡いたします。 申請者以外（代理人）に電話連絡を希望する場合は、代理人の電話番号と氏名を記入してください。

保険者加入歴（自己負担額証明書情報）

	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1			
2			
3			

備考

⑤ 口座情報

※下記Ａ～Ｅの口座情報を全て記入してください

A 口座名義人（カタカナ）					
B 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合（　　）	C 店舗名	本店 本支店 本所 支所（　　）	D 預金種目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄（　　）
E 口座番号	※口座番号は左詰めでゼロを省略せずに記入してください				

（宛先）　北海道後期高齢者医療広域連合長
（宛先）　計算期間中に加入していた介護保険を運営する市区町村長

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、重度心身障がい者等医療助成の対象となる場合の高額介護合算療養費については、助成を実施した市町村が受領することに同意します。

※　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。　はい　／　いいえ

市区町村記入欄（該当に✔）	市区町村受付印
□ 被保険者が死亡している場合 申立書受付日：　年　月　日 口座確認：上記口座と申立書の口座が一致するか。 異なる場合は訂正または申立書の再提出が必要。 □ 重度心身障がい者医療受給者 □ 介護認定なし □ 添付書類有 □委任状 □自己負担額証明書（介護・国保・後期・その他） □登記事項証明書等	

	人中		人目

	枚中		枚目