第11号の2様式(第16条関係)

高額介護合算療養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	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	年 月 日 生	性別		個人番号 (職権記載 □)											
氏名						計算期間の 始期及び終期											

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	交付者名称	加入期間
	苫小牧			苫小牧市	年 月 日 から 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
			年 月 日 から 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
			年 月 日 から 年 月 日 まで

支払方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	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							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		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		

〒053-8722 苫小牧市旭町４丁目５番６号

苫小牧市長 様

年 月 日

郵便番号 住所

申請者代表
氏名
電話番号 ( )
個人番号
(職権記載 □)

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ください。

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のみを丸で囲んでください。

	枚中		枚目