

通知書 No. :

様式第 19 号
(第 17 条関係)

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

人目 /

人中

枚目 /

枚中

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・海外移住なし)		2 計算期間末日以降申請 (期間中死亡あり)		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	

個人番号	<input type="text"/>												
フリガナ	<input type="text"/>												
氏名	生年月日	年	月	日	性別	計算期間の始期及び終期	年	月	日	~	年	月	日

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	保険者名称	加入期間
			1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員		年 月 日 ~ 年 月 日

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 ~ 年 月 日

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 ~ 年 月 日

支給方法	口座管理番号	口座記入欄	銀行・金庫 組合・農協	金融機関コード*	種目	口座番号				口座名義人	振込先口座 管理番号
			本店・本所 支店・支所・出張所	店舗コード*	1 普通 2 当座 3 貯蓄						
口座振込のみ											

保険者加入歴	1	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
	2				

委任状	私は、高額介護合算療養費等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。 委任される人 (口座名義人) 氏名: <input type="text"/> 住所: 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都・道 府・県 <input type="text"/> 市・区 町・村 <input type="text"/>											
	委任する人 (申請者) 氏名: <input type="text"/> 印 <input type="text"/>											

(後期高齢)

(介護保険)

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

海陽町長 殿

- 上記対象者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算 (予防) サービス費) の支給を申請します。
- 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。

※自己負担額証明書の交付を行う場合は、1・2いずれも○で囲んでください。
高額介護合算療養費 (高額医療合算 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合は、
1のみを○で囲んでください。

〒	年	月	日	申請者住所:	都・道	市・区
					府・県	町・村
申請者 (被保険者) 名:				電話番号:		
				印 <input type="text"/>		
代筆者名:				電話番号:		
				(続柄: <input type="text"/>)		