

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・海外移住者あり)		4 死亡・海外移住者等計算期間中申請

フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和	性別	個人番号
氏名	年 月 日	年 月 日		計算期間の始期及び終期
年 月 ~ 年 月				

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		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
382051		新居浜市	年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行信用金庫農協	金融機関コード	本店出張所支所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1 口座振込	1		()				1 普通預金 2 当座預金 3 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	受付印		
	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						入力	確認

(宛先)
〒792-8585 愛媛県新居浜市一宮町一丁目5番1号
新居浜市長

令和 年 月 日

郵便番号

住所

申請者
(被保険者)

電話番号

- 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。
なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、及び他保険自己負担額等を担当職員が確認することに同意いたします。
※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。

委任状

令和 年 月 日

(宛 先) 新居浜市会計管理者

私が新居浜市から支払いを受ける高額医療合算介護（予防）サービス費・高額医療合算総合事業サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任者 (被保険者)	住所
	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名

※口座名義人が申請者（被保険者）と異なる場合に、記入してください。

相続人代表者届出書

令和 年 月 日

(宛 先) 新居浜市長

_____の死亡により高額医療合算介護（予防）サービス費・高額医療合算総合事業サービス費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決します。

相続人	住所
	氏名

※申請前に被保険者本人が死亡されている場合に、記入してください。