

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

決 裁	事務局長	係	入力済	決定年月日
				決定額

申請対象年度	令和	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	/
--------	----	----	------	-------	-------	--------	----------	-----------	---

フリガナ	個人番号		計算期間の 始期及び終期		年 月 ~ 年 月		
氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女			
国民健康保険 資格情報	保険者番号	保険者名称	被保険者記号	被保険者番号	組合員との続柄	加入期間	
	373043	香川県建設国民 健康保険組合	香組4			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	広域連合名称	被保険者番号		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	保険者名称	被保険者番号		加入期間		
					年 月 日から 年 月 日まで		
給付金の支払方法 (番号を○で囲んでください。)		別途振込 の場合	ゆうちょ 銀 行	通帳記号	通帳番号 (右詰で記入してください。)	フリガナ	
1. 給付金等振込指定口座への振込			百十四 銀 行	店番	口座種別	口座番号	口 座 名義人
2. マイナポータルから登録した公金受取口座への振込 3. 別途振込 4. 支部窓口払				普通・当座			
委任欄 (組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は この委任欄に記入してください。)		この申請に基づく給付金の受領を右記受任者へ委任します。 香川県建設国民健康保険組合理事長 殿		組合員 住所	氏名	印	
				受任者 住所	氏名	印	
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	所在地：香川県高松市鹿角町151-4 受診歴：	
	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					

〒761-8082 香川県高松市鹿角町151-4 香川県建設国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日	組合員住所 (〒 -)
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。	組合員氏名 印
※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○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○で囲んでください。	電話番号 個人番号
	支部長氏名 印

