

申請書記載例

高額医療合算介護(介護予防)サービス費支給兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	平成	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	----	----	------	-------	-------	--------

本人氏名

フリガナ	カイゴ タロウ		保険者番号	132019									
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明(大)・昭	年	月	日	性別	男							
住所	〒 192 - 8501 八王子市元本郷町3 - 24 - 1												
平成	年度の当該市町村における 介護保険の加入期間				平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
平成	年7月末日時点で加入していた 医療保険者の名称				健康保険組合								
平成	年7月末日時点で加入していた 医療保険者の所在地				市 町1 - 2 - 3								

医療保険の世帯を記入
(本人氏名も記入)

		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合被保険者番号									
世帯構成	世帯主	介護 太郎	大正 年 月 日	男	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	世帯員	介護 花子	大正 年 月 日	女	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	世帯員													

本人氏名
(被保険者)

八王子市長様
上記のとおり、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。

平成 年 月 日

住所 八王子市元本郷町3 - 24 - 1

申請者 電話番号 042 - 626 - 3111

氏名 介護 太郎

高額医療合算介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

必ず裏面の委任状に記入してください
ご本人以外(ご家族)の口座の場合は

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所			種 目	口 座 番 号								
	金融機関コード				店舗コード			① 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	② 当座預金							
	フリガナ				フリガナ			③ その他							
口座名義人				カイゴ タロウ 介護 太郎											

ご本人以外(ご家族)の口座の場合は、必ず裏面の委任状に記入してください。
ご記入上の注意事項は裏面をご覧ください。

申請書記載例

(ご記入上の注意事項)

- ・ 介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護(介護予防)サービス費として支給されます。
- ・ 合算対象の世帯内に介護保険の自己負担額がある被保険者が複数いる場合には、被保険者ごとに申請が必要です。
- ・ 「世帯構成」欄には、支給対象期間の末日(7月末日)時点で加入している医療保険における世帯構成を記入してください。(被用者保険については、「世帯主」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者を記入してください。)
- ・ 介護保険被保険者証が交付されていない被保険者については、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。
- ・ 高額医療合算介護(介護予防)サービス費が支給される場合、支給金額は表面で指定された口座に振り込まれます。
- ・ 給付制限を受けている方については、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給ができません。
- ・ 各医療保険(介護保険)資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

振込先の口座名義人(ご家族)

委任状

(ご本人の口座がない場合に記入)

住所 八王子市元本郷町3 - 24 - 1

氏名 介護 花子

申請者(被保険者)との関係 妻

私は、上記の者を代理人と定め高額医療合算介護(介護予防)サービス費の受領に関する権限を委任します。

平成 年 月 日

住所 八王子市元本郷町3 - 24 - 1

氏名 介護 太郎



口座を依頼された方

本人(被保険者)