

高額介護(医療)合算療養費支給兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ				保険者番号		
被保険者名				被保険者番号		
生年月日	年 月 日生			性別		
住所						
年度の黒滝村における介護保険の加入期間			年 月 日 ~ 年 月 日			
年3月末時点で加入していた医療保険者の名称			医療保険者の所在地			
世帯構成		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	
		世帯主	年 月 日生			
世帯構成		世帯員	年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
黒滝村長 様 下記のとおり高額介護(医療)合算療養費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号						

- 注意
- ・ 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介護(医療)合算療養費として支給されます。
 - ・ 高額介護(医療)合算療養費が支給される場合、支給金額は下記の指定する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、高額介護(医療)合算療養費の支給ができない場合があります。

高額介護(医療)合算療養費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 金庫 組合	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 2.当座預金 9.その他	
フリガナ				
口座名義人				

村記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1.単独		有・無 給付割合	
2.合算			