

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	294447				
被保険者名			被保険者番号					
生年月日	平成	年	月	日生	性別			
住所								
平成20年度の黒滝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20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				
	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	平成		年	月	日生		
	世帯員	平成		年	月	日生		
		平成		年	月	日生		
		平成		年	月	日生		
<p>黒滝村長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>								

- 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			