

【総合事業】高額医療合算総合事業サービス費等支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

※太枠部分を記入してください。

申請対象年度	令和 年度	申請区分	新規 · 変更 · 取り下げ	支給申請書整理番号 計算期間	
--------	-------	------	----------------	-------------------	--

1. 被保険者ご本人

カナ 氏名		生年月日		個人番号 (マイナンバー)	
----------	--	------	--	------------------	--

2-1. 被保険者の国民健康保険情報

保険者番号	被保険者証記号・番号	続柄	保険者名称	加入期間
300459		世帯主・疑制世帯主・世帯員	串本町	

2-2. 被保険者の後期高齢者医療情報

保険者番号	後期高齢者被保険者番号	広域連合名称	加入期間
39300009		和歌山県後期高齢者医療広域連合	

3. 被保険者の介護保険情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
304287		串本町	

4. 振込口座(本人または血族の方の口座をご記入ください)

金融機関名	金融機関コード	支店名	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
銀行 信金 農協		本店 支店 出張所		普通 当座		口座 名義人	

5. 申請者情報(支給申請の他に自己負担額証明書の交付を希望される場合は②にも✓を入れてください。)

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様 (宛先)串本町長 様 上記対象者について <input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費(総合事業)の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請日	令和 年 月 日
	住 所	〒 -
	氏 名	
	被保険者 との続柄	本人 · 配偶者 · 子 · その他: _____
	電話番号	