

【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	令和 年 月 日～令和 年 月 日
				計算期間	

1. 被保険者ご本人

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

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	令和 年 月 日～令和 年 月 日

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	令和 年 月 日～令和 年 月 日

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。	申請代表者	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	