

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

介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を世帯で合計した結果、一定の限度額を超えた額が支給される手続きです。

<申請者> (介護保険の被保険者)

北見市長 様		(申請日)	年 月 日
下記のとおり、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号	— — — — — — — — — —
	住所 (建物名等)	被保険者番号	— — — — — — — — — —
		日中連絡先	— —

年度の介護保険加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日
年7月末で加入していた 医療保険(健康保険)	名称 所在地

<振込口座> ※原則として被保険者本人の口座を指定してください

口座名義人	カナ	
郵便局の通帳に振込	通帳の記号	通帳の番号
	1 0 —	— — — — — — — — — — 1
銀行口座に振込		口座番号
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

市処理欄
—

- ・今後、高額医療合算制度(介護予防)サービス費が支給される場合、支給金額は上記の指定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ない場合があります。
- ・合算対象の世帯内に介護保険自己負担がある被保険者が複数いる場合は、被保険者ごとに申請が必要です。

※以下は、口座名義人が異なる口座に振込を希望する場合のみ記載してください

北見市長様

私は下記の者を代理人(受取人)と定め、受け取りに関する権限を委任します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
受取人 氏名	受取人署名	個人番号	— この手続きでは個人番号の記入は不要です —
	住所 (建物名等)	日中連絡先	— —
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ(記入不要)	続柄	被保険者から見て

北見市使用欄

本人確認	負担額証明書			支給額
①番・免・バ・手帳 他()	受付	入力	審査	円
	支 給			
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	国保	後期	市民税	要介護区分
③ヒア				

