様式第14号の3(第25条の3関係)

高額医療合算介護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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請対象年度 | | 年度 | 申請区分 | 1　新規 | 2　変更 | | 3　取下げ | (保険者等記入欄) | | 支給申請書整理番号 |  | |
| 申請形態 | 1　計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし) | | | | | 2　計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり) | | | 3　計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり) | | | 4　死亡・海外移住等計算期間中申請 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | 計算期間の始期及び終期 | | | | | | | | 年　　　月～　　　　年　　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 被保険者証記号 | | | | 被保険者証番号 | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | 保険者名称 | | | | | | | | | | 加入期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | 1　世帯主  2　擬制世帯主  3　世帯員 | | | | | | | |  | | 四国中央市 | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 上記以外 | | | | | | | |
|  | | 【　　　　　　　　　　】 | | | | | | | |
| 後期高齢者医療資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 広域連合名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 加入期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 愛媛県後期高齢者医療広域連合 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 上記以外 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 保険者名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 加入期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 四国中央市 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 上記以外 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給方法 | | 口座管理番号 | | 振込口座記入欄 | | 銀行  信用金庫  労働金庫  農協 | | 金融機関コード | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | | | | | 店舗コード | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 振込先口座管理番号 | | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | 1　普通預金  2　当座預金 | | | | |  |  |  |  | |  |  |  | | 口座名義人 | |  | | | | | | | | | |
| 口座振替 | |  | |  | | | |
| ゆうちょ銀行 | | 記号 | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1 | |  |  |  | 0 |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|
| □ 公金受取口座を利用します。　 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者加入歴 |  | 保険者名 | | | | | 加入期間 | | | | | | | | | | | | | | | | 添付の自己負担額証明書整理番号 | | | | | | | | | | | | | | | 備考欄 | |  | | 計算期間中に医療保険の資格を喪失した場合 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ・資格喪失日【　　　　　　　　年　　　　月　　　　日】  ・資格喪失事由【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | | | | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | |  | 添付あり | | | | | 【　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | |
|  | 添付なし | | | | |  | | 計算期間中に医療保険の資格を喪失していない場合 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 |  | | | | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | |  | 添付あり | | | | | 【　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | |  | | ・医療保険者名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ・医療保険者の所在地  【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ・受診歴【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治療】 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 添付なし | | | | |
| 3 |  | | | | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | |  | 添付あり | | | | | 【　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | |
|  | 添付なし | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 四国中央市長　　　　　　　　　　様  　①　上記対象者について、高額医療合算介護サービス費等の支給を申請します。  　②　上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。  　※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。  　　高額医療合算介護サービス費等の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 | 年　　月　　日 | |
| 申請代表者 | 住所  　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| なお、申請に当たり、世帯等の個人住民税の課税状況、他保険自己負担額等を担当職員が確認することに同意いたします。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 人中 |  | 人目 |  |  | 枚中 |  | 枚目 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請等に関する連絡先 | | | | | | | |
| 連絡先氏名 |  | | | | 申請代表者との関係 | | 本人・家族(続柄：　　　　)・その他(　　　　　) |
| 連絡先住所 | 〒 | 都道府県 |  | 市区町村 |  | | |
| 電話番号 | (自宅) | | | | | (携帯電話) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任状  　　年　　月　　日  　　四国中央市長　　　　様  　私が四国中央市より支払いを受ける高額医療合算介護サービス費等について、次の口座に振込みすることを委任します。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 委任者  (被保険者) | | | | | | 受任者  (口座名義人) | | | | | |  |
| 住所 | 〒 | 都道府県 |  | 市区町村 |  | 住所 | 〒 | 都道府県 |  | 市区町村 |  |
| 氏名 |  | | | | | 氏名 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | 電話番号 |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |