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 | 　 |
| 　 |