

## 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申請書

フリガナ			保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
			被保険者番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男						女						
住所	〒																	
			電話番号 ( )															
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 くすのきでの被保険者番号													
世帯構成	世帯主		明大昭	年	月	日	男	女										
	世帯員		明大昭	年	月	日	男	女										
			明大昭	年	月	日	男	女										
			明大昭	年	月	日	男	女										
			明大昭	年	月	日	男	女										
7月末日時点で加入していた医療保険者の名称																		
医療保険者の所在地																		
くすのき広域連合長 様																		
上記のとおり高額医療合算介護(介護予防)サービス費を申請します。なお、医療保険者に対してくすのき広域連合が情報を提供することに同意します。																		
年 月 日																		
住所 〒																		
申請者																		
氏名				印				電話番号 ( )										

- 注意**
- ・ 介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護(予防)サービス費として支給されます。
  - ・ 合算対象の世帯内に介護保険の自己負担額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。
  - ・ 「世帯構成」欄には、支給対象期間の末日(7月末日)時点に加入している医療保険における世帯構成を記入してください。(被用者保険については、「世帯主」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者を記入、後期高齢者医療については、「世帯主」、「世帯員」の区別に関わらず記入してください)
  - ・ 介護保険被保険者が交付されていない被保険者については、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。
  - ・ 高額医療合算介護(予防)サービス費が支給された場合、支給金額は下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(予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	金融機関名			支店名			口座番号					
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所								
	金融機関コード			支店コード			フリガナ					
				種目			口座名義人					
			1 普通 2 当座 3 その他									