

記入例: 成年後見人による申請の場合

ス
書

記入しないでください。

フリガナ	マツヤマ タロウ	支給申請書 整理番号	-	-								
被保険者氏名	松山 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大(昭) 9年 8月 1日											
被保険者の氏名・住所・生年月日等を記入してください。		二番町四丁目7-2 (089) 948-6885										
		●●年 8月 ~ ●●年 7月										
加入医療保険	加入医療保険	1. 国保 (2) 後期 3. 介護 4. 被用者	保険者番号									
	保険者名称	愛媛県後期高齢者医療広域連合	3	9	3	8	0	0	0	1		
	被保険者証 記号・番号	(記号) (番号) — 00654321	続柄	1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員								
	加入期間	R●●.■.◆ ~ R△△.7.31	保険者 加入歴	(有)・無								
(宛先) 松山市長 上記のとおり「高額医療合算介護(介 (以下、「高額医療合算介護サービ あわせて、介護サービス費等自己負 なお、申請にあたり、世帯等の個人 ●●年 △△月 □□日 住所〒 790-0000 (申請者) 松山市一番町4丁目4-2 氏名 (自署) 松山太郎 成年後見人 介護 法一郎 電話番号 (089) 948-6867												
対象期間中に、現在加入している医療保険以外の 保険があったときは 「有」に○をしてください。												
自署でお願いします。												

高額医療合算介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

受取金融機関等	フリガナ	マツヤマ タロウ	セイネンコウケンニン	カイゴホウイチロウ	種別	① 普通預金						
	口座名義人	松山太郎 成年後見人 介護 法一郎			口座番号	9 8 7 6 5 4 3						
	フリガナ	マツヤマ タロウ	セイネンコウケンニン	カイゴホウイチロウ	種別	② 当座預金						
	フリガナ	マツヤマ タロウ	セイネンコウケンニン	カイゴホウイチロウ	種別	③ 隔地払						

- (※注) ・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サービス費等として支給されます。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護(医療)合算療養費の支給ができない場合があります。
 - ・年度(計算期間)が変わるごとに申請が必要です。
 - ・自己負担証明書が交付されてから、1年以内に医療保険者から計算結果連絡票が送付されないときは申請の取り下げとみなし、再度申請していただくことがあります。

【松山市記入欄】		金融機関コード							
世帯状況	給付制限 状況	備考			担当	入力	受付		
		記入しないでください。							

◎受取金融機関を、被保険者(利用者)本人以外の口座にする場合はご記入ください。

委 任 状

委任状欄は、表面の「受け取り金融機関等」欄が申請者本人以外の方になる場合のみ、記載が必要です。
(申請者本人の口座の場合は、記載の必要はありません。)

(申請者)	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名
	電話 () -

◎被保険者(利用者)本人が亡くなられ、相続人が申請する場合はご記入ください。

念 書

念書の欄へのご記入は、
不要です。

年 月 日

()
年 月 日 _____ の死亡により、松山市から支払いを受ける高額医療合算介護サービス費等の受領について、相続人の間において異議が生じても私が責任をもって解決し、松山市には一切迷惑をおかけいたしません。

相 続 人	住所
	氏名