

合算

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

受付印

フリガナ			支給申請書 整理番号	-		-	
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日			
住所	〒			-			
				電話番号 () -			
自己負担額証明書が必要な期間	年度	年		月	~	年	月
加入医療保険	区分	1.国保 2.後期 3.介護 4.被用者				保険者番号	
	保険者名称						
	被保険者証 記号・番号	(記号)	-		(番号)	続柄	1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員
	加入期間	~				保険者 加入歴	有・無
<p>(宛先) 松山市長</p> <p>上記のとおり「高額医療合算介護(介護予防)サービス費」及び「高額医療合算総合事業サービス費」(以下、「高額医療合算介護サービス費等」という。)の支給を申請します。</p> <p>あわせて、介護サービス費等自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況等を担当職員が確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>(申請者)</p> <p>氏名</p> <p>(自署)</p> <p>電話番号 () -</p>							

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	銀行 信用金庫 農協	本店	支店 出張所 支所	種別			
	フリガナ			1 普通預金 2 当座預金 3 隔地払			
	口座名義人			口座番号			

- (※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		

◎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

年 月 日

(宛先)松山市長

私が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について、
下記の預金口座に振り込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	住所
	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

年 月 日

(宛先)松山市長

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