高額医療合算介護(予防)サービス費支給額計算結果連絡票

様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | |  | （送付先所在地） |
| 対象者氏名 |  | | | | | |  |  |
| 生年月日 |  | | | | | |  | 御中 |
| 自己負担額証明書整理番号 | | |  | | | |  | 左のとおり連絡します。 |
| 保険者番号 |  | | 被保険者番号 |  | 対象年度 |  |  | 年　　月　　日 |
| 計算対象期間 | | ～ | | | | |  | （送付元所在地）  印 |
| 世帯負担総額 | | | |  | | |  |
| 介護等合算一部負担金等世帯合算額 | | | |  | | |  | ●●市（町村）長 |
| ７０歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額 | | | |  | | |  |  |
| 所得区分 | | （７０歳以上：　　　　　　　　） | | | | |  | 【問合せ先】 |
| 介護等合算算定基準額 | | | |  | | |  | ●●市介護保険課 |
| ７０歳以上介護等合算算定基準額 | | | |  | | |  | 住　所　　　123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 世帯支給総額 | | （うち７０歳以上分：　　　　　） | | | | |  | 電話番号　　987-6543-2111　　　FAX番号　　123-456-7890 |
| 按分後の支給額 | | （うち７０歳以上分：　　　　　） | | | | |  | メール　　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

連絡票整理番号 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【計算結果の内訳】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 自己負担額証明書整理番号 | 対象者氏名 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
| ７０歳以上負担額 | ７０歳以上按分率 | ①に係る支給額 | ７０歳未満負担額 | ④＋（①－③） | 按分率 | ⑤に係る支給額 | ③＋⑦ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |