

高額介護合算療養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	平成	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	----	----	------	-------	-------	--------

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	個人番号	
被保険者氏名								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		年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

振込口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 ()	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
				1. 普通預金 2. 当座預金		口座名義人

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	委任状	私が、長崎県後期高齢者医療広域連合（市・町）から受ける高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費について、上記の預金口座に振込みすることを委任します。
	1	年 月 日から 年 月 日まで			
	2	年 月 日から 年 月 日まで			
	3	年 月 日から 年 月 日まで			
	4	年 月 日から 年 月 日まで			
	委任者 住所 (申請者) 氏名	印			
	受任者 住所 (口座名義人) 氏名	印			

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 年 月 日
市（町）長 様

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。 郵便番号

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。 申請者 住所
(誓約者) 氏名 印

③ 上記対象者の高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領権利を私が承継しましたので、申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。 電話番号

※ 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○で囲んでください。
高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを○で囲んでください。
対象者が死亡されている場合は、③を○で囲んでください。 支給対象者との続柄

※ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ

<記入例>

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

福祉医療受給にかかる同意書(または委任状)が同封されている場合は、この申請書と一緒にご提出ください。

申請対象年度	平成 29 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	大正 12 年 11 月 27 日 生	性別 男
被保険者氏名	広域 太郎				個 計算期間の
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		年 月 日から 年 月 日まで
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	
39422019	0 1 2 3 4 5 6 7	長崎県後期高齢者医療広域連合		平成29年8月1日 から 平成30年7月31日 まで	
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	
422014	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	長崎市		平成29年8月1日 から 平成30年7月31日 まで	

振込口座													
ゆうちょ	銀行	金融機関コード	七六八	本店	種目	口座番号				フリガナ			
	信用金庫 信用組合 農協・漁協			支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人

保険者加入歴		委任状	
1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
2			
3			
4			

私が、長崎県後期高齢者医療広域連合(長崎市)から受ける高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費について、上記の預金口座に振り込むことについて、下記の通り委任状を提出します。

委任者 住所 (申請者) 氏名

受任者 住所 (口座名義人) 氏名

ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として記載されている【店名】、【口座番号】をご記入ください。(「店名」等は、通帳を開いた下のページの銀行使用欄に印字されています。)

被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に必要事項をご記入し、ご捺印ください。(ただし、被保険者が死亡しており、法定相続人名義の口座に振り込む場合、本欄の記入は不要です。)

長崎県後期高齢者医療広域連合 長崎市長

令和 元 年 5 月 7 日

郵便番号 850-0875

住所 長崎市栄町4番9号

申請者(誓約者) 氏名 広域 太郎

電話番号 095-816-3930

支給対象者との続柄 本人

申請者欄には被保険者についてご記入ください。
ただし、被保険者が死亡されている場合は、法定相続人である配偶者及び血族(子・孫・ひ孫・親・兄弟姉妹)の方から申請していただくこととなります。(子の配偶者は不可)
なお、成年後見人に選任された方が申請される場合は、登記事項証明書等を添付してください。

① 上記対象者について
② 上記対象者について
③ 上記対象者の高申請します。な誓約します。

※ 自己負担額証明書 高額介護合算療養対象者が死亡されている場合は、③を○で囲んでください。
※ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ

