

| 申請対象年度 | 令和      年度 | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ |
|--------|------------|------|-------|-------|--------|
|--------|------------|------|-------|-------|--------|

| 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<br>2. 擬制世帯主<br>3. 世帯員 |       | から<br>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     |
|             |         |         | 長崎県後期高齢者医療広域連合               |       | から<br>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     |
|             |         |         |                              |       | から<br>まで |

|        |                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。         ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）をしてください。<br>※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 保険者<br>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 | 私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。 |    |
|------------|------|--|------|---|------------|-----------------|-----|-----------------------------------------------------|----|
|            | 1    |  | 年    | 月 | 日から<br>日まで |                 |     | 委任者<br>（申請者）                                        | 氏名 |
|            | 2    |  | 年    | 月 | 日から<br>日まで |                 |     | 受任者<br>（口座名義人）                                      | 住所 |
|            | 3    |  | 年    | 月 | 日から<br>日まで |                 |     |                                                     | 氏名 |

## 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

|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|---|-----------------------------------------------------|---------|------|---|---|---|---|---|---|-------|----------|--|
| フリガナ                                                                                                                                            |  | 生                                                                                                                                                                                       | 個人番号                                 | 1               | 2 | 3                                                   | 4       | 5    | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2     |          |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                                          |  | 情報                                                                                                                                                                                      | 計算期間                                 | ～               |   | 終期                                                  |         | 年    |   | 月 |   | ～ |   | 年 |       | 月        |  |
| 保険者番号                                                                                                                                           |  | 保険者名                                                                                                                                                                                    | 被保険者が死亡している場合は、個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。 |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 各情報                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                         | 加入期間                                 |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 連合名称                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                         | 加入期間                                 |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 高齢者医療広域連合                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                         | 年 月 日 から 年 月 日 まで                    |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 報                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                         | 加入期間                                 |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 食者名称                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                         | 加入期間                                 |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         | 年 月 日 から 年 月 日 まで                    |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 振込口座                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                         |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| ゆうちょ                                                                                                                                            |  | 銀行                                                                                                                                                                                      | 金融機関コード                              | 七六八             |   | 店舗コード                                               | 種別      | 口座番号 |   |   |   |   |   |   | フリガナ  | コウイキ タロウ |  |
|                                                                                                                                                 |  | 信用金庫                                                                                                                                                                                    |                                      |                 |   |                                                     | 1. 普通預金 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 口座名義人 | 広域 太郎    |  |
|                                                                                                                                                 |  | 信用組合                                                                                                                                                                                    |                                      |                 |   |                                                     | 2. 当座預金 |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|                                                                                                                                                 |  | 農協・信漁連                                                                                                                                                                                  |                                      |                 |   |                                                     | 3. 貯蓄預金 |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|                                                                                                                                                 |  | 労働金庫                                                                                                                                                                                    |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 公金受取口座                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)をしてください。<br>※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の添付等は不要です。 |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 長崎県後期高<br>〇〇市                                                                                                                                   |  | 令和〇年〇月〇日                                                                                                                                                                                |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| ① 上記対象者<br>※上記対象者<br>権利を私が                                                                                                                      |  | 郵便番号 850-0875                                                                                                                                                                           |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| マイナンバーカードに登録した「公金受取口座」に振込を希望する場合は、ここにチェック(✓)してください。                                                                                             |  | 住所 長崎市栄町4番9号                                                                                                                                                                            |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 【申請者】欄には被保険者についてご記入ください。<br>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の方(子・孫・ひ孫・親・兄弟姉妹など)から申請していただくこととなります。(子の配偶者などは不可)<br>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 |  | 氏名 広域 太郎 電話番号 095-816-3932                                                                                                                                                              |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|                                                                                                                                                 |  | 被保険者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫                                                      |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
|                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                             |                                      |                 |   |                                                     |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 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                                                 |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 1                                                                                                                                               |  | 計算期間(令和4年8月～令和5年7月)中に加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合は、本欄に以前の医療保険(介護保険)について、ご記入ください。                                                                                                             |                                      |                 |   | 私は、下記の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に係る権限を委任します。 |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 2                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                         |                                      |                 |   | 委任(申請)                                              |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |
| 3                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                         |                                      |                 |   | 委任(口座名)                                             |         |      |   |   |   |   |   |   |       |          |  |

ページ(頁欄)が「2枚」以上ある方は、世帯員の申請書も提出が必須となります。

頁欄

枚中

枚目