

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	令和 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	-------	------	-------	-------	--------

フリガナ		生年月日	年 月 日生	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		から 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	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。 委任者 住所 (申請者) 氏名 受任者 住所 (口座名義人) 氏名
	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		

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 市（町）長 様	令和 年 月 日
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。 ※上記対象者が死亡している場合は、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間で解決することを誓約します。	郵便番号
② 上記対象者について、自己負担額証明書が必要な場合は、その交付を申請します。	申請者（誓約者） 住所
③ 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。	氏名
	電話番号
	支給対象者との続柄

頁欄

枚中	枚目
----	----

<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

被保険者が死亡している場合は、個人番号の記入は不要です

申請対象年度	令和 元 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
被保険者氏名	広域 太郎			個人番号	
				計算期間の始期及び終期	令和元年8月 ~ 令和2年7月

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提出ください。

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。)

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員
国民健康保険			
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
3942201		奇県後期高齢者医療広域連合	令和元年8月1日 から 令和2年7月31日 まで
介護保険資格情報			
保険者番号		保険者名称	加入期間
422014		長崎市	令和元年8月1日 から 令和2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	コウイキ タロウ			
	信用金庫			支店	普通預金	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	広域 太郎
	信用組合			出張所	2. 当座預金									
	農協・漁協													

被保険者以外の口座に振込を希望する場合は、委任状欄に必要事項をご記入し、ご捺印ください。(ただし、被保険者の死亡により、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)

計算期間(令和元年8月~令和2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。

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	年 月 日から 年 月 日まで		
	2			
	3			
4				

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・兄弟姉妹など)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。

令和 3 年 3 月 18 日

郵便番号 850-0875

申請者(誓約者) 住所 長崎市栄町4番9号

氏名 広域 太郎

電話番号 095-816-3930

支給対象者との続柄 本人