

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 | から 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 まで |

振込口座

| 銀行 信用金庫 信用組合 農協・信漁連 労働金庫 | 金融機関コード | 本店 支店・支所 本店営業部 出張所 | 店舗コード | 種別 | 口座番号 | フリガナ |
|--------------------------------------|---------|-----------------------------|-------|-------------------------------|------|-------|
| | | | | 1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金 | | 口座名義人 |

長崎県後期高齢者医療広域連合長 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の中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。

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。

申請者
(誓約者)

氏 名

※被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約者）は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。
子の配偶者は法定相続人にはなりません。

電話番号

被保険者との続柄

| 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 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| | 3 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 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（申請者） | 氏名 | | |
| | 受任者（口座名義人） | 住所 | | |
| | | 氏名 | 委任者との続柄（ ） | |

頁欄

| | | | |
|--|----|--|----|
| | 枚中 | | 枚目 |
|--|----|--|----|