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	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	39440003	/ 人目	/ 枚目
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）		2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）		3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請			

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	性別	男 女	個人番号（マイナンバー）	
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

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
３９４４０００３		大分県後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ～ 年 月 日

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 ～ 年 月 日

支給方法							
口座振込	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）	本店 支店 （ ）	種目 1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	口座番号	口座名義人（カタカナ）	

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	備考欄
	1		年 月 日 ～ 年 月 日		
	2		年 月 日 ～ 年 月 日		
	3		年 月 日 ～ 年 月 日		

委任状

私は、本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

代理人（口座名義人） 住 所 ---------- 氏 名 ----------

委任者（被保険者） 氏 名 ----------

大分県後期高齢者医療広域連合長 様　　市町村長 様　　年 月 日

① 高額介護合算療養費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の支給について、上記のとおり申請します。
なお、これらの支給に関し医療及び介護情報等を広域連合及び市町村等関係機関へ情報提供することに、同意します。

② 上記のとおり、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
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のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号 ---------- 住所 ----------

申請者 氏 名 ----------

電話番号 ----------

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

太枠内を記入してください。

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新	39440003	/ 人目	/ 枚目
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外			（期間中生保適用・海外移住者あり）	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ	コウ イキ タロウ	生年月日	明治 大正 昭和 ○○年 ○○月 ○○日	性別	男 女	個人番号（マイナンバー）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
被保険者氏名	広域 太郎					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

保険者番号	被保険者番号	加入期間
39440003	0 1 2 3 4 5 6	日 ～ 年 月 日

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日 ～ 年 月 日

ゆうちょ銀行を指定する場合、漢数字3文字の支店名を記入してください。（例：七二八　等）

支給方法	振込口座記入欄			種目	口座番号	口座名義人（カタカナ）
口座振込	□□ 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）	△△ 本店 支店 （ ）		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	7 6 5 4 3 2 1	コウイキ タロウ

口座名義人と申請者が異なる場合は委任状欄を記入してください。

通帳に記載のとおりのカタカナで記入してください。

保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		

委任状

私は、本申請書にもづく給付金に関する受領を代理人に委任します。

代理人（口座名義人）　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任者（被保険者）　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大分県後期高齢者医療広域連合長　様　　市町村長　様　　○ 年 ○ 月 ○○ 日

① 高額介護合算療養費及び高額医療合算介護（予防）サ…
なお、これらの支給に関し医療及び介護情報等を広域…ます。

② 上記のとおり、自己負担額証明書の交付を申請します

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいず…
高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービ…

被保険者が亡くなっている場合は、同封の誓約書の相続人代表者が申請者となります。

郵便番号 123-4567　住所 □□市△△町○番○号

申請者 氏　名 広域太郎

電話番号 ○○○－○○○－○○○○