

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 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

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との続柄

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)

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。

※被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約書）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。

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

頁欄

	枚中		枚目
--	----	--	----

# 記入例

令和	年度	<p>★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。</p>																			
フリガナ		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2							
被保険者氏名		計算期	期及び終期		年 月		～		年 月												
保険者番号	被	険者	<p>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。</p>																		
<p>・ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、他金融機関からの振込み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、銀行使用欄か備考欄に印字されています。) ・金融機関コード及び店舗コードが不明な場合は記入不要です。</p>		<p>振込口座</p>																			
ゆうちょ	銀行	金融機関コード	9	9	0	0	七六八	店舗コード	7	6	8	種別	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	コウイキ タロウ
	信用金庫						本店				①	普通預金							口座名義人	広域 太郎	
	信用組合						支店				2	当座預金									
	農協・信漁連						本店営業部				3	貯蓄預金									
	労働金庫						出張所														

【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)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。

令和〇年〇月〇日

郵便番号 850-0875

住 所 長崎市栄町4番9号

氏 名 広域 太郎

電話番号 095-816-3930

被保険者との続柄 本人

保険者加入歴	1	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	<p>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。</p> <p>【委任状】欄には、被保険者以外の口座に振込みを希望する場合にご記入ください。(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、本欄の記入は不要です。)</p>
	2	<p>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。</p>				
	3					