

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 |
| 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。 ※ 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。 | | | | | |
| 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 市（町）長 様 | | | 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 _____ | | | |
| 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） 氏 名 _____ 電話番号 _____ 被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄妹姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 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（申請者） 氏名 _____ 受任者（口座名義人） 住所 _____ 氏名 _____ 委任者との続柄（ _____ ） | | |
| | 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 | | | | |

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

★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。

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。

- ・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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|------|-------------------|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 計算期間 | 年 月 | | | ～ | 年 月 | | | | | | | |
| 保険者番号 | | 保険者名 | まで | | | | | | | | | | | |
| 各情報 | | 加入期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |
| 加入期間 | | 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 信用組合 農協・信漁連 労働金庫 | 9 9 0 0 | 本店 支店 支所 本店営業部 出張所 | 7 6 8 | 1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金 | 1 2 3 4 5 6 7 | 口座名義人 | 広域 太郎 | | | | | | |

公金受取口座 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、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)をしてください。
※ 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。

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。

【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 095-816-3932

被保険者との続柄 本人 配偶者 子 孫

兄妹姉妹 甥・姪 その他 ()

| 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) |

【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。)

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。