

# 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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号		
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		
氏 名				生年 月日	年 月 日			個人番号 (マイナンバー)	
							令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
<b>国民健康保険資格情報</b>									
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	
						1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
<b>後期高齢者医療資格情報</b>									
保険者番号		被保険者番号		広域連合名称			加入期間		
39350004				山口県後期高齢者医療広域連合			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
<b>介護保険資格情報</b>									
保険者番号		被保険者番号		保険者名			加入期間		
							令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
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	
			年 月 日から 年 月 日まで						
			年 月 日から 年 月 日まで						
口座管 理番号	振込口座 記入欄	銀 行 信用金庫 協同組合 ( )		本 店 支 店 出 張 所 ( )		種 別 普 通 当 座 貯 蓄		口座番号	
1								口座名義人(カタカナでご記入ください。)	
								振込先口座 管理番号	
山口県後期高齢者医療広域連合長 様  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。  ② 上記対象者について、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ください。 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のみを丸で囲んでください。  ※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。 はい / いいえ					令和 年 月 日  郵便番号 住所  申請者氏名 (被保険者または相続人)  電話番号  ☆(委任状) 私は、下記の者を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。  受領代理人 住所  氏名				

※受領代理人(被保険者または相続人以外)の口座へ振込を希望される場合は、必ず☆印の委任状欄に記入してください。

枚中

枚目