

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

表面

別添2

申立誓約書

X-X

申請対象年度		令和 3 年度		申請区分		1 新規		2 変更		3 取下げ		重度医療該当【××市】				支給申請書整理番号				XXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
フリガナ												生年月日		年 月 日生		性別		個人番号																					
氏名		XX XX																計算期間の始期及び終期		令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 4 年 7 月 3 1 日																			
◆ 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																								
◆ 後期高齢者医療資格情報																																							
保険者番号					被保険者番号										保険者名称										加入期間														
39070008					XXXXXXXXX										福島県後期高齢者医療広域連合										令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 4 年 7 月 31 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														
XXXXXX					XXXXXXXXXXX										XXXX										令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 4 年 7 月 31 日														
口座管理番号				振込口座記入欄		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )		金融機関コード				本店 支店 出張所		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ						振込先口座 管理番号											
01																1 普通						口座名義人																	
※ 上記 計算期間中（令和 3 年 8 月 1 日～令和 4 年 7 月 3 1 日）、市町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていました。（ はい / いいえ ）																																							
		保険者名					加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号					市町村欄		個人番号確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> その他														
保険者加入歴		1		年 月 日から 年 月 日まで										市町村欄		本人確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> その他																	
		2		年 月 日から 年 月 日まで										備考欄		代理権の確認		<input type="checkbox"/> 被保険者証		<input type="checkbox"/> 委任状		<input type="checkbox"/> その他																	

福島県後期高齢者医療広域連合 様															令和 年 月 日														
X X X 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。															住 所														
なお、支給金は私（申請者）の上記口座に振込してください。口座名義人が私（申請者）と異なる場合は口座名義人を受領人と定め、本申請に係る支給金の受領を委任します。															申請者氏名														
また、支給後、自己負担額の異動等により給付費が減額となった場合は、その差額を返還することに同意します。															被保険者氏名 又は 相続人氏名														
※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。															電話番号 - -														

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人（右欄記載不要）		氏名	(署名又は記名押印)		電話番号			広域連合欄	受付	入力	照合	X	枚 中	X	枚 目
	<input type="checkbox"/> 代理人（続柄： ）		住所													
(申請勸奨 1) X-X																

※この「申立・誓約書」は表面を記入後、対象の被保険者の方がお亡くなりになった場合にご記入ください。

(高額介護合算療養費 用)

申 立 ・ 誓 約 書

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

X X X X 長 様

〒 —

申 立 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) —

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

※注意 申立者は法定相続人の方になります。

私は、下記 被保険者死亡後における高額介護合算療養費及び高額医療合算介護（介護予防）サービス費の受領について、関係書類を添えて申し立てます。支払いは私の下記振込先金融機関へ口座振込をしてください。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、福島県後期高齢者医療広域連合及び XXXX長 に対して、異議を申し立てないことを誓約します。

死亡した被保険者	被保険者番号	XXXXXXXX			氏名	( 年 月 日死亡)	
	生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女	住所		

(※住民票があった住所)

振込先	□ 申請書と同じ (表面の申請書と同じ場合は☑をいれれば下記の記入は不要です)						
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )			本店・支店 ( )		預金種別	普通 当座
				—			
口座番号						※口座番号は、例のように7桁で記入願います。 (例：1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4)	
(カタカナ)							
口座名義人							

受付時使用欄 ※本欄は受付窓口の市町村職員が記載します。	市町村担当者印
申立者の被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )  資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	