

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

記入例

申請対象年度	令和〇〇年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	支給申請書整理番号														
フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
氏名	広域 太郎					計算期間の始期及び終期		令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日												
◆ 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				年 月 日 ~ 年 月 日											
◆ 後期高齢者医療資格情報																				
保険者番号	被保険者番号		被保険者番号		保険者名称		加入期間													
39070008	01234567		01234567		福島県後期高齢者医療広域連合		令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日													
◆ 介護保険資格情報																				
保険者番号	被保険者番号		被保険者番号		保険者名称		加入期間													
島〇〇	12345678		12345678		〇〇市(町村)		令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日													
口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	口座名義人	コウイキ タロウ		振込先口座 管理番号									
	広域	信用金庫 信用組合 協同組合 ()	1 1 1 1	広域	本店 支店 出張所	2 2 2 1 普通	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人	広域 太郎											
※ 上記 計算期間中 (年 月 日 ~ 年 月 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	個人番号確認	通知カード	その他	市町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていた場合、 「はい」に○をつけ助成を受けていた期間を記入してください。												
	2		年 月 日から 年 月 日まで				その他													

福島県後期高齢者医療広域連合長 様
 〇 〇 市 町 村 長 様
 令和〇〇年〇〇月〇〇日

〒960-8043
 住 所 福島市中町8番2号 広域マンション202

申 請 者 広域 太郎
 氏 名

電話番号 024 - 528 - 9025

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。

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。
 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。

※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。

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人(右欄記載不要)	氏名	広域 花子	電話番号	024-528-9025	広域連合欄	受付	入力	照合	枚中	枚目
	<input type="checkbox"/> 代理人(続柄: 子)	住所	福島市中町8番2号 広域マンション202								