

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	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			生年月日	年	月	日生	性別	個人番号										
氏名								計算期間の始期及び終期		年 月 日 ~ 年 月 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

◆ 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

下記口座への振込を希望します。※下記口座情報記載必要

給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。※下記口座情報記載不要（マイナポータル等による事前登録が必要です。）

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 1 普通	口座番号	フリガナ 口座名義人	振込先口座管理番号
--------	---------	-----------------------------------	---------	-----------------	-------	------------	------	---------------	-----------

※ 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	市町村欄	個人番号確認 本人確認 代理権の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他
	2				備考欄				

福島県後期高齢者医療広域連合長 様  
( 市 町 村 ) 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。
- 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。  
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。

申 請 者  
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 <input type="checkbox"/> 代理人(続柄: )	氏名	電話番号	広域連合欄	受付	入力	照合	枚 中	枚 目
		住所							

