

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）

太枠の箇所を記入してください

申請対象年度	平成29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	明治 大正 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男 女	個人番号 (マイナンバー)	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	平成29年8月～平成30年7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		年 月 日から 年 月 日まで

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		
3 9 1 8 〇 〇 〇 〇	1 2 3 4 5 6 7 8	福井県後期高齢者医療広域連合	平成29年8月1日から平成30年7月31日まで		

介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号	加入期間			
1 8 〇 〇 〇 〇	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	平成29年8月1日から平成30年7月31日まで			

通帳に記載されている口座番号を記載してください。
※6ケタ以下の場合は左詰めで記載してください。

支給方法	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	コウイキ タロウ	振込先口座管理番号
口座振込		〇 〇	銀行 信用金庫 協同組合	〇 〇 〇	支店 出張所	1.普通預金 2.当座預金	1 2 3 4 5	口座名義人	広域 太郎	

申請者は、①被保険者、②被保険者から委任を受けた代理人（右の委任欄に記入が必要）、被保険者がお亡くなり場合は③相続人です。
原則①～③のいずれかをご記入ください。

ゆうちょ銀行の店名は3ケタの数字（例：三三八など）を記載してください。

・被保険者以外の口座へ振り込む場合
・被保険者以外が申請手続きをする場合には、あてはまる項目にレ点を付け、被保険者について、記名・押印をしてください。（被保険者の自筆による署名の場合、押印は不要です。）

申請者の印と同じ印鑑を押してください。

〇〇市(町) 介護保険 殿 福井県後期高齢者医療広域連合長 殿	〇〇年〇〇月〇〇日	住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇
申請(代表)者 氏名	広域 太郎	被保険者との続柄	本人
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を上記振込先の名義人に委任します。 <input type="checkbox"/> 私は、左記の者に高額介護合算療養費等の支給等申請手続等を委任します。		被保険者 氏名	印
※記名・押印の代わりに、自筆による署名ができます。			

※重度心身障害者医療費助成該当の方で、ここに記入欄が印刷されている場合は、必ず記入・押印してください。

〇〇市(町)重度心身障害者(児)医療費助成	〇〇市(町)から自己負担額の助成を既に受けているため、福井県後期高齢者医療の高額介護合算療養費の支給申請及び受領に関する権限を〇〇市(町)に委任します。	委任者住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇	委任者氏名	広域 太郎	申請者印	捨印	枚中	枚目
-----------------------	--	-------	------------	-------	-------	------	----	----	----