

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

受付時 使用欄	受付日	年	月	日
	システム 入力者		システム 確認者	

申請対象年度 平成 **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

被保険者前名 (フリガナ) **カイゴ タロウ 介護 太郎** 生年月日 **大正11** 年 **11** 月 **11** 日生 性別 **男** 計算期間の始期及び終期 年 月 ~ 年 月

資格情報 (基準日 保険者)	種別	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
	国民健康保険	3	国保、後期高齢の欄は記入不要				年 月 日から 年 月 日まで
	種別	広域連合番号	保険者番号	被保			加入期間
	後期高齢者医療	39340005	39342076				年 月 日から 年 月 日まで
種別	保険者番号	被保険者番号		保険者名称		加入期間	
介護保険	3 4 2 0 7 1	0000987123		福山市		2011年10月5日から 2012年6月15日まで	

計算期間の範囲内で福山市の被保険者であった期間
(例) 計算期間 2011年8月1日~2012年7月31日までのうち、2010年10月5日
転入、2012年6月14日死亡だった場合の記入例
(ずっと資格を有している者であれば2011年8月1日~2012年7月31日となる)

振込先情報 口座管理番号 **広島** 銀金組農 行庫合協 金融機関コード **東桜** 本店出張所 () 店舗コード **111** 種目 1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他 口座番号 (右詰で記入) **9876543** 口座名義人 フリガナ **カイゴ ジロウ** 振込先口座管理番号 名前 (漢字) **介護 次郎** 住所 **福山市 東桜町13番5号**
※記号・番号はゆうちょ銀行で口座番号不明の場合記入 ※住所は口座名義人が被保険者と異なる場合に記入。

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
	1	年 月 日から 年 月 日まで		
	2	年 月 日から 年 月 日まで		
3	年 月 日から 年 月 日まで			

広島県後期高齢者医療広域連合長 様 福山市長 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）
 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。
 申請にあたり、世帯の所得調査・保険料（税）納付状況調査に同意します。
 資格異動等により支給額が変わった場合には、福 **被保険者と振込名義人の名前が異なる場合、被保険者の名**
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のい **前で委任が必要**
 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サー

申請先宛名が「福山市長」となっ
ていることを確認すること
 電話番号 **720-0000** 福山市東桜町13番15号 番地
 (フリガナ) **カイゴ ジロウ**
 申請者名前 **介護 次郎** 印
 電話番号 **084-999-9999**

委任状 高額介護合算療養費に係る次の権限について、上記の者に委任します。
 申請に関すること
 受領に関すること
 委任者名前 **介護 太郎** 印 ※申請及び振込口座を本人以外とする場合は、
 左記にチェックし記名・押印してください。

※ 申請書 申請先の医療保険者が福山市国保、広島県後期高齢でない場合は「別紙、自己負担額証明書」を出力し、送付。このとき、出力した自己負担額証明書整理番号と申請先の医療保険者を記
 必要になります 自己負担額証明書整理番号 提出先医療保険者
 枚中 枚目