

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	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)			支給申請書整理番号			
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）		2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）		3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）			4. 死亡・海外移住等計算期間中申請			
フリガナ	氏名		生年月日	大正 昭和	年	月	日	性別	計算期間の始期及び終期	～	
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				から 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				
							から まで				
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				
							から まで				
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信金・組 農 協	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号		口座名義人(カナ)	振込先口座管理番号	
口座振込					本支店出張所	1.普通預金 2.当座預金 9.その他					
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										
	2										
	3										
	4										
	5										

〒675-2395 兵庫県加西市北条町横尾1000番地  
加西市長 様

令和 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。

※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ください。

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のみを丸で囲んでください。

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記委任状欄は、次の場合にご記入ください。

- ・ 被保険者と異なる世帯の方の銀行口座に振込を希望する場合  
※被保険者と同一世帯の方の口座に振り込む場合は委任状の記載は不要です。

(委任状)

令和 年 月 日

私は、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）に係る、次の権限を下記受任者に委任します。

委任者 (被保険者または相続人)		住 所：			
		氏 名： _____ 印 _____			
受任者	申請に関する権限	住 所：			
		氏 名： _____		被保険者（相続人）との続柄： _____	
	生年月日： 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		電話番号： _____		
	受領に関する権限	住 所：			
氏 名： _____		被保険者（相続人）との続柄： _____			
		生年月日： 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		電話番号： _____	