

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	口座
----	----



申請対象年度	平成 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号
--------	-------	------	-------	-------	--------	----------	-----------

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生	性別	計算期間の始期及び終期	平成 年 月 ~ 平成 年 月
氏名							

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		平成 年 月 日から 平成 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
		福岡県後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

介護保険資格情報		
被保険者番号	保険者名称	加入期間
	介護保険者	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座	振込口座は、後期高齢者医療で登録している 高額療養費 ・ 療養費 ・ 高額介護合算療養費 と同じ口座を指定します。					振込先口座管理番号		
口座振込		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.普通預金 2.当座預金 3.貯蓄預金	口座番号	フリガナ 口座 名義人	

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	備考欄	計算期間の途中に被保険者資格を喪失した場合 喪失日：平成 年 月 日 喪失事由：死亡 海外移住 生保適用等
	2					

(宛先) 福岡県後期高齢者医療広域連合長
久留米市長
平成 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。
なお、障害者医療及びひとり親家庭等医療費助成の利用にともない高額介護合算療養費が発生した場合には、後期高齢者医療で支給すべき金額の全部又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。

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○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○で囲んでください。

郵便番号 _____ 住所 _____
申請者 氏名 _____
電話番号 _____

委任欄	私(委任者)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)(以下、「療養費等」という)支給にかかる以下の部分(○を付したものを)平成 年 月 日 下記の者(受任者)に委任します。	【保険者記入欄】
	療養費等の支給申請(自己負担額証明書交付申請を含む)	委任者 氏名 _____ 受任者 氏名 _____
	療養費等の受領	住所 _____ 住所 _____
自己負担額証明書の受領	電話番号 _____ 電話番号 _____ 続柄 _____	枚中 枚目

記入例

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書の記入例

捨て印をもらってください。

捨印

申請対象年度	平成 21 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号			
フリガナ	コウイキ タロウ	氏名	広域 太郎	生年月日	明治 2 年 3 月 4 日生 大正 昭和	性別	男	計算期間の始期及び終期	平成 21 年 月 ~ 平成 年 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		平成 年 月 日から 平成 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							
39400007	0XXXXXXXX	福岡県後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
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							
40XXXX	0XXXXXXXXXX	▲▲市 介護保険者	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
支給方法	口座管理番号	振込	振込口座は、後期高齢者医療で登録している 高額療養費 ・療養費・高額介護合算療養費と同じ口座を指定します。							振込先口座管理番号
口座振込		口座記入欄	銀行	金融機関コード	支店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
			信用金庫						口座名義人	
			信用組合							
			協同組合							
保険者加入歴	1	加入	平成 年 年	備考欄						
	2		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	計算期間の途中に被保険者資格を喪失した場合 喪失日：平成 年 月 日 喪失事由：死亡 海外移住 生保適用等						
申請者のお名前等を記入し、押印してください。										
(宛先) 福岡県後期高齢者医療広域連合	平成 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。 なお、障害者医療及びひとり親家庭等医療費助成の利用にともない高額介護合算療養費が発生した場合には、後期高齢者医療で支給すべき金額の全部又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。	郵便番号	XXXX-XX	住所	▲▲市●●町2-2-2						
② 被保険者本人(相続人代表者を含む)が、申請や療養費等の受領を他の方に委任する場合は、委任欄に記入し、押印してください。	申請者氏名	福岡 二郎		福岡印						
	電話番号	09X-XXX-XXXX								
委任欄	私(委任者)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)以下、「療養費等」という支給にかかる以下の部分(○を付したものを)下記の者(受任者)に委任します。									
	<input type="radio"/> 療養費等の支給申請(自己負担額証明書交付申請を含む)	委任者 氏名	広域 太郎		受任者 氏名	福岡 二郎				
	<input type="radio"/> 療養費等の受領	住所	▲▲市■町1-1-1		住所	▲▲市●●町2-2-2				
	<input type="radio"/> 自己負担額証明書の受領	電話番号	09X-XXX-XX		電話番号	09X-XXX-XX		続柄	長男	
【保険者記入欄】									枚中	枚目