

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. 取上げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号		
申請形態	<input type="checkbox"/> 計算期間中に死亡申請(期間中死亡)・生保適用(海外移住者を含む) <input type="checkbox"/> 計算期間中に死亡申請(期間中死亡)者を含む <input type="checkbox"/> 計算期間中に死亡申請(期間中)生保適用(海外移住者)							
フリガナ	コウキ タロウ		生年月日	昭和11年 1月 1日				
氏名	後期 太郎		氏名、生年月日をご確認ください。					
国民健康保険資格情報								
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称				
			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		広域連合名称					
3912XXXX	01234567		千葉県後期高齢者医療広域連合					
介護保険資格情報								
保険者番号	被保険者番号		保険者名称					
12XXXX	0987654321		広域市					
支給方法	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	口座名義人 (カタカナでご記入下さい)	口座管理番号
	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇五八	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 9 その他	0122331	コウキ タロウ	
口座振込	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用して、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。送付等は不要です。							
自己負担額証明書整理番号					個人番号			

振込口座記入欄について

- 金融機関名、店名(ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)、預金種目、口座番号が必要です。通帳またはキャッシュカードなどをご確認のうえ、ご記入ください。
- 口座名義人はカタカナでご記入ください。
- 本人以外の口座に振り込みを希望する場合、裏面の委任状に記入が必要です。
- 本人が亡くなっている場合、相続人代表者の口座を記入の上、申立書の提出をお願いします。

公金受取口座の利用について

- 「公金受取口座」とは、預貯金口座の情報をマイナンバーとともに事前に国(デジタル庁)に登録しておく口座です。
- そのため、公的年金の受取口座とは異なる場合があります。
- 速やかな支給を行うため、ご自身の登録状況の把握が困難な場合はチェックをせず、振込口座記入欄に金融機関名等をご記入ください。
- 公金受取口座の利用は、受取人が被保険者ご本人の場合に限ります。
- 公金受取口座への振り込みを希望する場合は、振込口座記入欄への記入は不要です。

申請者欄について

- 申請日、郵便番号、住所、申請者氏名、電話番号を記入してください。
- 本人以外が申請者となる場合、裏面の委任状に記入が必要です。
- 本人が亡くなっている場合、相続人代表者を記入してください。

令和 ● 年 ○ 月 × 日	
郵便番号	263-0016
住所	千葉市稲毛区天台6-4-3
フリガナ	コウキ タロウ
氏名	後期 太郎
電話番号	043-216-5013

⑤ この申請書は各市区町村に提出してください。
 を行う場合、裏面の委任状も併せて記入してください。

【記入例】

(裏面)

委任状

(あて先) 市区町村長
(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私(被保険者または相続人代表者)は、
養費並びに高額医療合算介護(予防)給付
を受け、必要な権限の全てを委任します。

申請について委任を受けた方が申請する場合は1に、
被保険者本人以外の方(代理人)の口座に振込を希望
する場合は2に✓を入れてください。

次の□のうち、該当する項目に✓を入れてください。

- 1. 申請に関する事
- 2. 受領に関する事

令和 ● 年 ○ 月 × 日

申請日を記入してください。

被保険者(相続人代表者) 住所 千葉市稲毛区天台6-4-3
 氏名 後期 太郎 (印)
 (後期高齢者医療被保険者番号 01234567)
 (介護保険被保険者番号 0987654321)

本人の住所、氏名等を記入のうえ、
朱肉を使う印で押印してください。

申請書表面中段に記載されています。

代理人 住所 広域市広域町1-10-100
 氏名 後期 一郎
 電話番号 123-456-7890

代理人の住所、氏名、電話番号を
記入してください。
※代理人の押印は不要です。