

# 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			
フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日 生	計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月		
氏名									
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	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			
						年 月 日から 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			
						年 月 日から 年 月 日まで			
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。								
1. 窓口払い 2. 口座振込	口座管理 番号	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	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 9. そ の 他	口座番号	フリガナ	振込先 口座管理 番号
保険 者加 入歴	1 2 3		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	
(あて先) 高浜市長 ① 上記対象者について、高額介護合算療養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下さい。 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して、支給を申請します。 はい / いいえ					年 月 日	郵便番号			
					住所	申請者（世帯主）氏名	個人番号		
					電話番号				

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

(申請者)

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_