

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	令和 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				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生	性別	男・女	個人番号					
氏名									計算期間の始期及び終期	令和 年 月 ~ 令和 年 月				
国民健康保険資格情報														
保険者番号		被保険者証 記号・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						
39470000					沖縄県後期高齢者医療広域連合			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						
472076					石垣市			年 月 日から 年 月 日まで						
支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 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	口座番号		フリガナ	振込先口座 管理番号			
口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他					口座名義人		
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 年	月 月	日から 日まで							
	2				年 年	月 月	日から 日まで							
	3				年 年	月 月	日から 日まで							
委任状	私は、本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 委任者（被保険者） 氏名 _____ 代理人（口座名義人） 住 所 _____ 氏名 _____ (続柄) _____													
〒904-1192 沖縄県うるま市石川石崎1-1 うるま市石川庁舎3階 沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿 殿														
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）申請代表者 郵便番号 〒 _____ - 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（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のみを丸で囲んで下さい。														
※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ														
										枚中	枚目			