

## 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	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					本店 支店 出張所	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 月 日から 年 月 日まで						
	2		年 月 日から 年 月 日まで						
	3		年 月 日から 年 月 日まで						
委任状	<p style="text-align: center;">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。</p> <p>委任者(被保険者) 氏 名 _____</p> <p>代理人(口座名義人) 住 所 _____ 氏 名 _____ (続柄)</p>								
<p>〒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</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※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</p>									
							申請代表者	郵便番号	〒 _____
								住 所	_____
								申請者氏名	_____ 続柄
								電話番号	_____ - _____
								枚中	枚目