

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	平成	年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 新規	<input type="radio"/> 2. 変更	<input type="radio"/> 3. 取下げ
--------	----	----	------	--	-----------------------------	------------------------------

フリガナ		生年月日	年	月	日生	性別	個人番号	
被保険者氏名							計算期間の始期及び終期	平成 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		から 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
			から 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
			から まで

振込口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 ( )	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
				1. 普通預金 2. 当座預金		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	委任状	私が、長崎県後期高齢者医療広域連合（市・町）から受ける高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費について、上記の預金口座に振込みすることを委任します。
	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			
	4	年 月 日から 年 月 日まで			

長崎県後期高齢者医療広域連合 様  
市（町）長 様

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。 郵便番号

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。 申請者（誓約者） 住所

③ 上記対象者の高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領権利を私が承継しましたので、申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。 氏名 印

※ 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。  
対象者が死亡されている場合は、③を○で囲んでください。 電話番号

支給対象者との続柄