

### 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

計算期間の始期がH26年8月~の場合、26年度となります。

いずれか1つに○

申請対象年度	○○ 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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	-------	------	--	-----------------------------	------------------------------	-----------	-----------	--

申請形態	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
------	---	--	---	--

フリガナ	<b>コウイキ タロウ</b>				個人番号	○○○○○○○○○○	
氏名	<b>広域 太郎</b>				生年月日	○○年 ○○月 ○○日 生	
				性別	○	計算期間の期及び終期	○○年 ○○月 ~ ○○年 ○○月

申請にあたって必須項目です

国民健康保険資格情報						
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 2. 擬制世帯 3. 世帯		年 月 日から	年 月 日まで	

年度の末日時点(7月31日)を計算基準日として申請を行う場合は、「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)」  
上記以外を計算基準年月日とする場合は、2~4を選択。

計算期間内に、国保の被保険者だった場合(世帯主)は、国保の自己負担額証明書の添付が必須となります。

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
39080007	12345678	茨城県後期高齢者医療広域連合	○○年○○月○○日から○○年○○月○○日まで

この番号は市町村の保険者番号ではなく、広域連合の保険者番号になります。

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
123456	1234567890	○○市	○○年○○月○○日から○○年○○月○○日まで

申請書右下の○枚目と同じ数字が入る。  
例 1枚目なら1  
2枚目なら2

住所地特例の者は、介護保険自己負担額証明書の添付が必須となります。

支給方法	口座管理番号	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(フリガナ)	振込先口座管理番号
<input checked="" type="radio"/> 1. 窓口払い <input checked="" type="radio"/> 2. 口座振込	1	○○	<input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 協同組合	9 9 9 9	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	9 9 9 9 9 9 9	コウイキ タロウ	1

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		

当申請の計算期間内に、上記以外の保険者加入していた場合または75歳到達前に入っていた保険を記入。

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地(ミオス1階) 〒○○○-○○○ 茨城県○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○年 ○○月 ○○日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて ○○市長 あて

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 ○○○○ 住所 ○○市○○町○○番地○○

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。申請代表者 氏名 **コウイキ タロウ** (印) 電話番号 ○○○○

※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、**当支給申請にあたり、委任した事項がある場合に、記入いただく欄です。委任事項が無い場合は記入不要です。**

委任欄	私は、 委任者氏名	を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る <input type="checkbox"/> 申請 ・ <input type="checkbox"/> 受領 に関する一切の権限を委任します。	人中	人目	枚中	枚目
-----	--------------	--	----	----	----	----