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

太枠の箇所を記入してください

申請対象年度	平成30年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ

支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女	個人番号（マイナンバー）	
氏　名						計算期間の始期及び終期	平成30年8月～令和元年7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		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
3918		福井県後期高齢者医療広域連合	平成30年8月1日から令和元年7月31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
18			平成30年8月1日から令和元年7月31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		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		

年　月　日

＿＿＿介護保険　　殿
福井県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記対象者について、高額介護合算療養費等の支給および自己負担額証明書の交付を申請します。

郵便番号＿＿＿＿　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

申請（代表）者
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との続柄＿＿＿

委任欄

□ 本申請に基づく給付金に関する受領を上記振込先の名義人に委任します。

□ 私は、左記の者に高額介護合算療養費等の支給等申請手続等を委任します。

被保険者
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

※記名・押印の代わりに、自筆による署名ができます。

捨印

	枚中		枚目