

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（記入例）

太枠の箇所を記入してください

申請対象年度	令和4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	コウイキ タロウ		生年月日	明治 大正 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 太郎					計算期間の開始（終期）	令和4年8月～令和5年7月

国民健康保険資格情報				
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	

被保険者がお亡くなりの方は、記入不要です。

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	
3 9 1 8 〇 〇 〇 〇	1 2 3 4 5 6 7 8	福井県後期高齢者医療広域連合	令和4年8月1日から令和5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		
1 8 〇 〇 〇 〇	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	〇 〇 市 (町)		

通帳に記載されている口座番号を記入してください。
※6ケタ以下の方は左詰めで記入してください。

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	フリガナ	口座名義人	振込先口座管理番号
口座振込		〇 〇	銀行 信用金庫 協同組合	〇 〇 〇 〇	支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金	1 2 3 4 5	コウイキ タロウ	広域 太郎	

ゆうちょ銀行の店名は3ケタの数字（例：三三八など）を記入してください。

・被保険者以外の口座へ振り込む場合
・被保険者以外が申請手続きをする場合には、あてはまる項目にレ点を付け、被保険者について、記名してください。
・被保険者がお亡くなりの方は記入不要です。

申請者は、①被保険者、②被保険者から委任を受けた代理人（右の委任欄に記入が必要）、被保険者がお亡くなりの方は③相続人です。
原則①～③のいずれかを記入してください。

〇〇市(町) 介護保険 殿 福井県後期高齢者医療広域連合長 殿	〇〇年〇〇月〇〇日	住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇	申請(代表)者 氏名 広域 太郎	被保険者との続柄 本人	委任欄 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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き等を委任します。 被保険者氏名
------------------------------------	-----------	---------------	------------------	-------------	---

※重度心身障害者医療費助成該当の方で、ここに記入欄が印刷されている場合は、必ず記入してください。

〇〇市(町) 重度心身障害者(児)医療費助成 介護合算療養費の支給申請及び受領に関する権限を 〇〇市(町) から自己負担額の助成を既に受けているため、福井県後期高齢者医療の高額介護合算療養費の支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書	委任者住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇	委任者氏名 広域 太郎	枚中	枚目
---	------------------	-------------	----	----