

後期高齢者医療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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	マイナンバー(個人番号)12桁 を記入してください。
--------	-------	------	---	-----------	-----------	----------------------------

フリガナ	コウイキ レンゴロウ	生年月日	明治 大正 昭和	12年 3月 4日 生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 連五郎						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	被保険者氏名	保険者名称	加入期間
		後期高齢者医療被保険者証に記載の被保険者番号(8桁)を記入してください。		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

香川県の共通番号です。各市町の番号とは異なります。

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
3 9 3 7 0 0 0 2	1 2 3 4 5 6 7 8	香川県後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

介護保険被保険者証に記載の被保険者番号(10桁)を記入してください。

保険者番号	被保険者番号	市町名	加入期間
3 7 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	広 域 市	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

介護保険被保険者証に記載の保険者名(市町名)を記入してください。

支給方法	口座番号	振込口座 記入欄	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
① 窓口払い ② 口座振込			さぬき	さぬき		① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他	0 0 0 0 0 0 1	口座名義人	

介護保険被保険者証に記載の保険者番号を記入してください。

金融機関名・支店名を正確に記入し、該当するものに○を付けてください。  
※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)の口座。  
※ 「金融機関コード」、「店舗コード」は記入の必要はありません。

通帳に記載されているカナ氏名及び漢字氏名を記入してください。  
※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)の口座名義人。

申請書が複数枚あり、申請者が異なる場合は、それぞれ別々の印鑑が必要です。  
※ 本人以外の口座に振り込む場合の「委任状」の委任者、被保険者が死亡している場合の「誓約書」の印は、申請者と同じ印になります。

保険者加入歴	3
--------	---

〒760-0066	香川県高松市福岡町二丁目3番2号	平成●●年●●月●●日
	香川県後期高齢者医療広域連合長 殿	申請者
		〒 760-0066
		住所 高松市福岡町二丁目3番2号
		氏名 広域 連五郎
		電話番号 087-811-1866

- ① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療)
  - ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請
- ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれか又は両方とも申請してください。  
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス)

被保険者の住所・氏名を記入し、押印してください。電話番号は連絡の取れる番号を記入してください。  
※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)が申請者となります。



窓口持参者	氏名:	続柄:	連絡先:		枚中	枚目
-------	-----	-----	------	--	----	----