

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	令和 ●● 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	明治	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	大正 12年 3月 4日 生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	計算期間の始期及び終期	令和 ●● 年 8月 ~ 令和 ●● 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	被保険者氏名	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。	年 月 日から 年 月 日まで

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	令和 ●● 年 8月 1日から 令和 ●● 年 7月 31日まで

保険者番号	被保険者番号	保険者名 (市町名)	加入期間
3 7 0 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	広 域 市	令和 ●● 年 8月 1日から 令和 ●● 年 7月 31日まで

支給方法	口座番号	金融機関コード	種目	口座番号	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	振込口座 記入欄	さめき	さめき	0 0 0 0 0 0 1	コウイキ レンゴロウ	

保険者加入歴	加入期間	送付の自己負担額証明書整理番号
3		

〒760-0066	香川県高松市福岡町二丁目3番2号	●●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

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