

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 ①新規 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 氏名	コウイキ レンゴロウ 広域 連五郎	明治 生年月日 大正 12年 3月 4日 生 昭和	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	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	被保険者記号	被	保険者名称	加入期間
				令和 年 月 日から 令和 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。

後期高齢者医療資格確認書等に記載の被保険者番号(8桁)を記入してください。

保険者番号	被保険者番号	後	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

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。

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。

保険者番号	被保険者番号	介	広 域 市	加入期間
3 7 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 ① 窓口払い ② 口座振込	口座管理番号 振込口座 記入欄	さめき (銀行) 金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	金融機関コード	さめき (支店) 本店 出張所	店舗コード	種目 ① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他	口座番号 0 0 0 0 0 0 1	フリガナ 口座名義人	コウイキ レンゴロウ 広域 連五郎	振込先口座 管理番号
--------------------------	-----------------------	---------------------------------	---------	--------------------	-------	---------------------------------	-----------------------	---------------	----------------------	---------------

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。

〒760-0066	香川県高松市福岡町二丁目3番2号	令和●●年●●月●●日
	香川県後期高齢者医療広域連合長 殿	〒760-0066
① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療費)の申請を行う場合、①・②のいずれかを行う。	申請者	住所 高松市福岡町二丁目3番2号
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請する場合、①・②のいずれかを行う。		氏名 広域 連五郎
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれかを行う。		電話番号 087-811-1866
※ 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。		

被保険者の住所・氏名を記入してください。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
-------	-----	-----	------	----	----