

# 【記入例】 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

新規 変更・取下 支給申請書整理番号

計算対象期間は8月から翌年7月です。

申請形態 ① 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)  
2. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者なし)  
3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)

申請対象年度 平成 22 年度 計算対象期間 平成 22 年 8 月 ~ 平成 23 年 7 月

フリガナ コウイキ タロウ  
被保険者氏名 広域 太郎 性別 男・女 生年月日 明治 5 年 4 月 10 日 昭和

## 国民健康保険資格情報 (国民健康保険加入期間中の世帯主のみ)

被保険者証記号 被保険者証番号 保険者名称 加入期間  
国民健康保険 平成 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 加入期間  
39330006 01234567 岡山県後期高齢者医療広域連合 平成 22 年 8 月 1 日 から 3 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 加入期間  
33\*\*\*\* \*\*\*\*\* ○○○市町村介護保険 平成 22 年 8 月 1 日 から 平成 23 年 7 月 31 日 まで

自己負担額証明書 有 無 通 保険者名 保険者名

振込口座 金融機関名 支店名 種目 口座番号 口座名義人 (カタカナ)  
広域 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 岡山 本店 支店 出張所 普通 2. 当座 4. 貯蓄 1 2 3 4 5 6 7 コウイキ タロウ

- ① 上記の者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給を申請します。
  - 2. 上記の者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
  - 3. 上記の者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の計算に含めることを申請します。
- ※上記 1, 2, 3 の該当する番号を丸で囲んでください。

後期高齢者医療広域連合長 様 平成 24 年 1 月 31 日  
○○○市町村長 様

郵便番号 700 - 0975

申請者 (被保険者又は相続代表者)

住所 岡山市北区二丁目2番1号

氏名 広域 太郎

電話番号 086 - 245 - 0090

捺印

広域

(※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。)  
上記、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) 受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

委任状 委任者 (上記申請者) 住所 氏名 印  
代理人 (口座名義人) 住所 氏名 印

備考欄 この欄は、申請者以外の人銀行口座へ振込希望の際にのみご記入ください