

【記入例】

高額介護合算療養費支給等申請書

申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規・変更・取下	支給申請書
申請形態	<input checked="" type="radio"/> 1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・4 <input type="radio"/> 2. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用） <input type="radio"/> 3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用）	
申請対象年度	平成 30 年度	計算
フリガナ	コウイキ タロウ	
被保険者氏名	広域 太郎	性別 男 生年月日 昭和5年4月10日

氏名・性別・生年月日に間違いがないかご確認ください。

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

■ 次のいずれかの場合、自己負担額証明書の添付が必要な場合があります。

- ・ 申請書の備考欄に自己負担額証明書についての注意事項が印字されている。
- ・ 平成30年8月1日～令和元年7月31日までの間に、岡山県外から転入した。
- ・ 平成30年8月1日～令和元年7月31日までの間に、同一世帯に国民健康保険の被保険者がいた。

※上記に該当しない場合は「無」に丸を付けてください。

自己負担額証明書	<input type="radio"/> 有	通	証明書保険者名	証明書保険者名
	<input checked="" type="radio"/> 無			

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	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 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）の支給を申請した。
  2. 上記の者について、自己負担額証明書
  3. 上記の者について、高額介護合算療養費
- ※上記 1, 2, 3 の該当する番号を○で囲んでください。

太枠内は必ずご記入ください。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様  
〇〇〇長 様

令和 元年 5月 7日

郵便番号 700 - 0975

住所 岡山市北区今二丁目2番1号

氏名 広域 太郎

【申請内容に関する連絡先】 電話番号 086 - 245 - 0090

申請者 被保険者

申請内容について、お尋ねする場合がありますので、連絡が取れる電話番号をご記入ください。

押印

(※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	この欄は、申請者以外の人（口座名義人）の銀行口座へ振込希望の際にのみご記入ください。	
	氏名	印

備考欄	注意事項が印字されている場合はご確認ください。
-----	-------------------------