

【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	支給申請書整理番号	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
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（期間中死亡者あり）		
	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）		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請		
申請対象年度	平成 26 年度	計算対象期間	平成 26 年 8 月 ~ 平成 27 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	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 5 年 4 月 10 日

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 平成 年 月 日 まで

■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26年8月1日～平成27年7月31日までの間に、岡山県外から転入した。
 - ・平成26年8月1日～平成27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 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。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 平成 28 年 1 月 31 日
 ○○○長 様
 郵便番号 700 - 0975

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。

申請者
被保険者] 住所 岡山市北区今二丁目 2 番 1 号
氏名 広域 太郎

捺印

広域

【申請内容に関する連絡先】 電話番号 086 - 245 - 0090

(※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
の銀行口座へ
振込希望の際にのみ
ご記入ください。

(口座名義人)

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。