

【記入例】

高額介護合算療養費支給等申請書

新規 支給申請書整理番号 50139330006

個人番号 123456789012

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)

★ I

■ 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。
- ・ 令和元年8月1日～令和2年7月31日までの間に、岡山県外から転入した。
- ・ 令和元年8月1日～令和2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。

■ 上記のいずれにも該当しない場合は保険者加入歴の記入は必要ありません。

(※)「★ I 個人番号」、「★ II 保険者加入歴」、「★ III 他の保険者に対する支給申請の同意」に記入があれば、自己負担額証明書の添付を省略できる場合があります。

★ II

保険者加入歴

保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号	備考欄
1 △△市介護保険	令和元年8月1日から 令和2年1月31日まで		市町村記入欄
2			
3			

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	1234567	コウイキ タロウ

- 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。
- 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。
- 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。 ※上記1, 2, 3の該当する番号を○で囲んでください。

★ III

"はい"を丸で囲ってください。

※本申請書をもって、保険者加入歴等に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

郵便番号 700-0975

住所 岡山市北区二丁目2番1号

氏名 広域 太郎

印

申請者と口座名義人が同じ場合、「申請者欄」の押印は省略できます。

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(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。

(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。