

高額介護合算療養費支給等申請書

申請区分	新規	支給申請書整理番号	
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	令和 年度	計算対象期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月
フリガナ			
被保険者氏名			生年月日

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
		岡山県後期高齢者医療広域連合	から まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			から まで

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				
2				
3				

振込口座選択	記入してください。 記入しなくてもかまいません。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(被保険者名義の口座に限る) ※下部の振込指定口座欄の記入と通帳の写しは不要です。 ※公金受取口座を利用する場合、「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。 ※「公金受取口座を利用する」に✓がある場合は、振込指定口座欄に記入されていても、公金受取口座を優先します。	公金受取口座を利用する方は申請者欄右の個人番号(マイナンバー)記載欄は必ず記入をお願いいたします。
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない(振込口座を指定する)	※下の振込指定口座欄に口座情報を記入してください。

振込指定口座	公金受取口座を利用しない場合のみ 記入してください。	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()	
		金融機関コード	支店コード		
		口座番号(右づめ)	※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(数字7桁)」(通帳見開き下部)を記入してください。		
		口座名義人(カタカナ・左上づめ)	※口座名義人欄は、姓と名の間は1字あけてください。濁点・半濁点を含む文字は1字として記入してください。		

・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)の支給または計算に含めることを申請します。
・本申請書をもって保険者加入歴等に記載のある保険者に対し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。
・本申請書をもって保険者加入歴等に記載のある保険者に対して自己負担証明書の交付を申請します。
なお、自己負担額証明書の添付を省略する場合は、岡山県後期高齢者医療広域連合長に他の保険者に対する自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 〒 令和 年 月 日

申請者 住所 _____

() 氏名 _____ 印

【申請内容に関する連絡先】 電話番号 _____

個人番号(マイナンバー) _____

※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。
※個人番号(マイナンバー)は不明の場合、死亡の場合は記入不要ですが、自己負担額証明書の交付申請を委任する場合、公金受取口座を利用される場合は、必ず記載ください。

受領委任状	(※振込指定口座の口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。)	
	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。	
	委任者(上記申請者) 氏名 _____ 印 _____	代理人(口座名義人) 住所 _____
	氏名 _____ 印 _____	

備考欄	
-----	--