

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	個人番号	
申請形態					
申請対象年度	令和 年度	計算対象期間			
フリガナ				生年月日	
被保険者氏名					
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	金融機関名	支店名	種目	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	1.普通 2.当座 4.貯蓄		
・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 様 郵便番号 - 申請者 住所 氏 名 印 ※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。 【申請内容に関する連絡先】 電話番号					
受領委任状	(※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。				
	委任者 (上記申請者)	住所 (上記申請者住所に同じ)			
		氏 名 印			
	代理人 (口座名義人)	住所			
		氏 名 印			
備考欄					