

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

記入例

申請対象年度	令和 5 年度	被保険者の氏名・生年月日を記入してください。	(保険者等記入欄)	支給申請書
--------	---------	------------------------	-----------	-------

フリガナ	ヤマナシ タロウ	明治	個人番号(12桁)
氏名	山梨 太郎	生年月日 大正 ○○年 ○○月 ○○日 昭和	

記入については、同封の「委任状」の裏面をご確認ください。相続人が申請する場合は記入しないでください。

国民健康保険資格情報										
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称						
後期高齢者医療の被保険者番号を記入してください。 ※番号は、「お知らせ」に記載されています。			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員							
後期高齢者医療資格情報										
保険者番号	被保険者番号(8桁)			加入期間						
39190004	0	1	2	3	4	5	6	7	山梨県後期高齢者医療広域連合	1.令和 5年 8月 1日から 令和 6年 7月 31日まで 2.令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

網かけの部分をご記入ください。
※申請者以外の口座を指定する場合のみ、委任欄に記入・押印してください。

介護保険資格情報	
保険者番号(6桁)	被保険者番号(10桁)
19○○○○	0123

介護保険の保険者番号・被保険者番号・市町村名を記入してください。
※番号は、「お知らせ」に記載されています。
介護保険を利用されていない場合、番号の記載が無いため、記入はしないでください。

保険者名称(市町村名)	加入期間
□□市	1.令和 5年 8月 1日から 令和 6年 7月 31日まで 2.令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座	銀行	種目	口座番号	フリガナ	ヤマナシ タロウ	振込先口座管理番号
振込口座		振込口座記入欄	信用金庫 信用組合 協同組合	普通預金 2.当座預金	0123456	山梨 太郎		

受取口座	受取口座について ※マイナンバーカードを使って事前に公金受取口座を登録していない方はご利用できません。 ※被保険者本人以外の公金口座はご利用できません。
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国 ※公金受取口座を利用する場合

保険者加入歴	加入期間	添付の自己負担額証明書
1	年 月 日から 年 月 日まで	※保険者加入歴については令和5年8月1日～令和6年7月31日の間に別の保険に加入していた場合は記入してください。 (例:国民健康保険・社会保険など、扶養も含む)
2	年 月 日から 年 月 日まで	

(宛先) 山梨県後期高齢	令和 ○○年 ○月 ○○日	市町村確認欄
① 上記対象者について、高額申請します。(保険者加)	住所	被保険者本人(死亡の場合は相続人代表者)の、住所・氏名・電話番号を記入してください。
② 上記対象者について、自	〒 ΔΔΔ - ΔΔΔΔ	
※自己負担額証明書の交付申	××市××町××丁目×番×号	
高額介護合算療養費等の支給申請を行う場合、	氏名	山梨 太郎
申請してください。	電話番号	○○○ - ○○○ - ○○○○

※振込先の口座情報をご記入ください。申請者以外の口座に振込を希望する場合は委任欄に記入・押印してください。

お知らせの裏面に記入例があります	枚中	枚目
------------------	----	----

※下記については、申請者(または相続人代表者)の

委任欄	代理人(口座名義人)	氏名	申請者(委任者)との関係	電話番号
	私は、上記の者を代理人と定め、申請した高額介護合算療養費等の受領を委任します。			
	委任者氏名(上記の申請者または相続人代表者)		市町村確認欄	1. 加入期間後に死亡 2. 期中清算者
		広域確認欄	1. 資格チェックエラー ()へ再入力	

市町村受付印
