

記入方法

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

(様式例1)

(保) **1枚目・2枚目ともに、この記入方法に沿って御記入ください。**

申請対象年度	令和 ○○ 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
フリガナ	氏名	生年月日	年 月 日 生	性別	計算期間の始期及び終期
		個人番号	<p>氏名欄に記載されている方の個人番号(マイナンバー)を御記入ください</p>		年 月 日 ~ 年 月 日
保険者番号	被保	<p>2. 擬制世帯主 3. 世帯員</p>			加入期間
		<p>年 月 日から 年 月 日まで</p>			
後期高齢者医療資格情報					
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称		加入期間	
				年 月 日から 年 月 日まで	
保険者番号	<p>世帯主名義の口座を御記入ください。 ゆうちょ銀行の場合は、通帳の必要なページの写しの同封が必要です。裏面をよくお読みください。</p>				間
					年 月 日まで
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード
1. 窓口払い	1		信用金庫		種目
2. 口座振込			信用組合		1. 普通預金
					2. 当座預金
					9. その他
					口座番号
					フリガナ
					口座名義人
					振込先口座管理番号
保険者加入歴	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
	2		年 月 日から		
	3		年 月 月		
			年 月 月		
			年 月 月		
<p>世帯主の内容で記入してください。世帯主の個人番号も御記入ください。 成年後見人が申請する場合は、成年後見人の氏名(〇〇成年後見人口〇)を御記入いただき、成年後見の事実が確認できる書類の写しを同封してください。 対象者の方がすでにお亡くなり場合は、相続人の内容で御記入ください。</p>					
(所在地)	<p>郵便番号</p> <p>申請代表者</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号</p>				
(保険)	<p>住所</p>				
① 上記	<p>個人番号が不明なときは、空欄としてください。</p> <p>その場合、担当で個人番号を確認することがありますので、御了承ください。</p>				
② 上記	<p>の支給を申請します。</p> <p>①のみを丸で囲んで下さい。</p>				

枚中

枚目