

高額介護合算①

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

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないで下さい

① 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
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	

フリガナ	ナメガタ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	0123 4567 8910
氏名	行方 太郎	計算期間の始期及び終期	令和〇年 〇月 ~ 〇年 〇月				

国民健康保険資格情報

(例)被保険者 : 行方 太郎	続柄	保険者名称	加入期間
	1 世帯主		年 月 日から 年 月 日まで
	2 擬制世帯主		

期高齢者医療資格情報

(例)口座名義人: 行方 太郎(本人)	広域連合名称	加入期間
	茨城県後期高齢者医療広域連合	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

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
*****	*****	行方市	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	〇〇	銀行信用金庫信用組合協同組合	金融機関コード	△△	本店支店出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(フリガナ)	ナメガタ タロウ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い ②. 口座振込	1								①. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	0 1 2 3 4 5 6			

加入履歴者	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2				
	3				

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階)
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

- ① 上記対象者について、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。
2 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。
※本申請書をもって、保険者加入歴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/いいえ

令和〇年 〇月 〇日

郵便番号 311-3512 住所 行方市玉造甲404番地
申請代表者 氏名 行方 太郎
電話番号 0299-55-0111

委任欄
私は、_____を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る 申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。

委任者氏名 _____ 印 _____ 住所 _____

1	人中	1	人目	1	枚中	1	枚目
---	----	---	----	---	----	---	----

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないで下さい

高額介護合算②

① 新規 2 変更 3 取下げ (保険者等記入欄) 支給申請書整理番号
1. 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

氏名 行方 太郎 生年月日 昭和〇年 〇月 〇日 性別 男 個人番号 0123 4567 8910 計算期間の始期及び終期 令和〇年 〇月 ~ 〇年 〇月

国民健康保険資格情報

(例)被保険者 : 行方 太郎
口座名義人: 行方 花子(子)
申請者 : 行方 太郎(本人)

続柄 1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員 保険者名称 加入期間 年 月 日から 年 月 日まで
広域連合名称 加入期間 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで
茨城県後期高齢者医療広域連合

介護保険資格情報

保険者番号 ***** 被保険者番号 ***** 保険者名称 行方市 加入期間 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

支給方法 1. 窓口払い 2. 口座振込 口座管理番号 1 振込口座 記入欄 ○○ 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 金融機関コード ▲▲ 本店 支店 出張所 店舗コード 種目 ①. 普通預金 ②. 当座預金 ⑨. その他 口座番号 0 1 2 3 4 5 6 口座名義人(フリガナ) ナメガタ ハナコ 振込先口座管理番号

加入履歴者 table with columns: 加入履歴者, 1, 2, 3, 保険者名, 加入期間, 添付の自己負担額証明書整理番号, 備考欄

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階) 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て
① 上記対象者について、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。
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。
※本申請書をもって、保険者加入歴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/いいえ

令和〇年 〇月 〇日
郵便番号 311-3512 住所 行方市玉造甲404番地
申請代表者 氏名 行方 太郎 電話番号 0299-55-0111

委任欄
私は、 行方 花子 を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る 申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。
委任者氏名 行方 太郎 住所 行方市玉造甲404番地

Table with columns: 1, 人中, 1, 人目, 1, 枚中, 1, 枚目

高額介護合算③

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

② 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
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	

フリガナ	ナメガタ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	0123 4567 8910
氏名	行方 太郎	計算期間の始期及び終期	令和〇年 〇月 ~ 〇年 〇月				

国民健康保険資格情報

(例)被保険者 : 行方 太郎	続柄	保険者名称	加入期間
	1 世帯主		年 月 日から 年 月 日まで
	2 擬制世帯主		

後期高齢者医療資格情報

(例)口座名義人: 行方 太郎(本人)	広域連合名称	加入期間
	茨城県後期高齢者医療広域連合	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

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
*****	*****	行方市	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座	振込先口座	振込先口座管理番号
1. 窓口払い	1	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	
②. 口座振込			金融機関コード	
			△△	
			本店支店出張所	
			店舗コード	
			種目	
			①. 普通預金	
			2. 当座預金	
			9. その他	
			口座番号	0 1 2 3 4 5 6
			口座名義人(フリガナ)	ナメガタ タロウ

加入履歴者	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2				
	3				

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階) 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て	令和〇年 〇月 〇日
① 上記対象者について、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。 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 ※本申請書をもって、保険者加入歴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/いいえ	郵便番号 311-3512 住所 行方市玉造甲404番地 申請代表者 氏名 行方 花子 電話番号 0299-55-0111

委任欄	1 人中 1 人目 1 枚中 1 枚目
私は、 <u>行方 花子</u> を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る <input checked="" type="checkbox"/> 申請 ・ <input type="checkbox"/> 受領 に関する一切の権限を委任します。	
委任者氏名 <u>行方 太郎</u> (印) 住所 <u>行方市玉造甲404番地</u>	

高額介護合算④

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

③ 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
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	

フリガナ	ナメガタ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	0123 4567 8910
氏名	行方 太郎	計算期間の始期及び終期	令和〇年 〇月 ~ 〇年 〇月				

国民健康保険資格情報

(例)被保険者 : 行方 太郎	続柄	保険者名称	加入期間
	1 世帯主		年 月 日から 年 月 日まで
	2 擬制世帯主		

後期高齢者医療資格情報

(例)口座名義人: 行方 花子(子)	広域連合名称	加入期間
	茨城県後期高齢者医療広域連合	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

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
*****	*****	行方市	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	〇〇	銀行信用金庫信用組合協同組合	金融機関コード	△△	本店支店出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(フリガナ)	ナメガタ ハナコ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い ②. 口座振込	1								①. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	0 1 2 3 4 5 6			

加入履歴者	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2				
	3				

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階) 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て	令和〇年 〇月 〇日
② 上記対象者について、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。 2 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 ※本申請書をもって、保険者加入歴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/いいえ	郵便番号 311-3512 住所 行方市玉造甲404番地 申請代表者 氏名 行方 花子 電話番号 0299-55-0111

委任欄	1 人中 1 人目 1 枚中 1 枚目
私は、 <u>行方 花子</u> を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る <input checked="" type="checkbox"/> 申請 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受領 に関する一切の権限を委任します。	
委任者氏名 <u>行方 太郎</u> (印) 住所 <u>行方市玉造甲404番地</u>	

高額介護合算⑤

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

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないで下さい

① 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
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	

フリガナ	ナメガタ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	(死亡者の場合は未記入でかまいません)
氏名	行方 太郎					計算期間の始期及び終期	令和〇年 〇月 ~ 〇年 〇月

国民健康保険資格情報

(例)被保険者 : 行方 太郎(死亡)

口座名義人: 行方 花子(相続人)

申請者 : 行方 花子(相続人)

給付受領申請書を添付してください。

期高齢者医療資格情報

広域連合名称	加入期間
茨城県後期高齢者医療広域連合	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

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
*****	*****	行方市	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	〇〇	銀行信用金庫信用組合協同組合	金融機関コード	△△	本店支店出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(フリガナ)	振込先口座管理番号
1. 窓口払い ②. 口座振込	1								①. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	0 1 2 3 4 5 6	ナメガタ ハナコ	

加入履歴者	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2				給付受領
	3				

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階)
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

- ① 上記対象者について、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。
2 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。
※本申請書をもって、保険者加入歴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/いいえ

令和〇年 〇月 〇日

郵便番号 311-3512 住所 行方市玉造甲404番地
申請代表者 氏名 行方 花子
電話番号 0299-55-0111

委任欄
私は、_____を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る □申請 ・ □受領 に関する一切の権限を委任します。

委任者氏名 _____ 印 _____ 住所 _____

1	人中	1	人目	1	枚中	1	枚目
---	----	---	----	---	----	---	----