

記入例

赤線で囲まれている
【イ】【ハ】【ホ】欄は
必ずご記入ください。

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 関係)

令和 3 年度	申請区分	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

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

オワセ タロウ

生年月日

明治
大正
昭和

13年 4月 1日 生

個人番号

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

計算期間の始期及び終期

令和 3 年 8 月 ~ 令和 4 年 7 月

この欄に記載の番号は県下統一の保険者番号であり、お持ちの保険証に記載されている保険者番号とは異なります。

被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	加入期間
		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	年 月 日から 年 月 日まで

右上の「計算期間の始期及び終期」のうち、加入していた期間を記入してください。

保険者番号

被保険者番号

広域連合名称

加入期間

39240007

99999999

後期高齢者医療広域連合

令和 3 年 8 月 1 日から 令和 4 年 7 月 31 日まで

保険者番号

被保険者番号

保険者名称

加入期間

242099

9999999999

紀北広域連合

令和 3 年 8 月 1 日から 令和 4 年 7 月 31 日まで

振込みを希望する口座を
通帳等をご確認の上、記入
してください。

〇〇

銀行
信用金庫
信用組合
農協・信漁連

金融機関コード

〇〇

本支店
出張所

店舗コード

種目

1. 普通
2. 当座
4. 貯蓄

口座番号

1 2 3 4 5 6

フリガナ

オワセ タロウ

口座名義人

尾鷲 太郎

振込先口座
管理番号

保険者名

加入期間

添付の自己負担額証明書整理番号

右詰めで記入してください。

保険者
加入歴

1	年	月	日から	日まで
2	年	月	日から	日まで
3	年	月	日から	日まで
4	年	月	日から	日まで
5	年	月	日から	日まで

右上の「計算期間の始期及び終期」の期間において、
【ロ】以外の医療・介護保険に加入されていた場合に記入してください。
不明な場合は、「お問い合わせ先」の市役所・町役場へご相談ください。

【ロ】の介護保険者名称

被保険者本人が署名できない場合、代筆により被保険者名を記入し、代筆した方の氏名と被保険者からみた続柄を、余白にご記入ください。
例：△△ △△代筆(子)

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長
紀北 市・町・広域連合 長

令和 5 年 3 月 31 日

郵便番号 〒519-3696

- 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。
- 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。

申請日を記入してください。

※ 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下さい。
※ 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のみを丸で囲んで下さい。

住所 尾鷲市中央町10番43号

申請者氏名 広域 太郎

電話番号 0597-23-8193

連絡先が他にある場合(家族に連絡など)は、その連絡先の氏名、関係、電話番号等を併記してください。

委任状

私は、 を代理人と定め、この高額介護合算療養費等支給申請兼自己負担額証明書交付申請により受ける高額介護合算療養費等給付に関する一切の権限を委任します。

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長
市・町・広域連合 長

令和 年 月 日

被保険者 住所 氏名

空白確認欄

委任状欄は申請者以外の方が申請手続きを行う場合にご記入ください。
ただし、代筆により被保険者本人名で申請される場合は、委任状欄の記載は不要です。

住基カード・障害者手帳
保険証・介護保険証
その他 ()

通知カード
その他 ()

確認 入力・修正

市町
受付印