

申請対象年度		令和 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							
申請形態		1 計算期間末日以降申請(期間中死亡・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			
氏 名									生年 月日		明大昭 年 月 日生						個人番号 (マイナンバー)		令和 年 月 から 令和 年 月 まで						
																	計算期間の 始期及び終期								
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						加入期間					
												1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員								令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
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											
39350004								山口県後期高齢者医療広域連合						令和 年 月 日から 令和 年 月 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						加入期間											
														令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで											
保険者加入歴		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					
		1						年 月 日から 年 月 日まで																	
		2						年 月 日から 年 月 日まで																	
		3						年 月 日から 年 月 日まで																	
口座管理番号		振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 協同組合 ()				本店支店 出張所 ()		種別 普通座 当貯蓄		口座番号						口座名義人(カタカナでご記入ください。)				振込先口座 管理番号			
				()				()		普 通 座 貯 蓄															
山口県後期高齢者医療広域連合長様 長様 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 年 月 日 郵便番号 住 所 申請者氏名 (被保険者または相続人) 電話番号					

	枚中		枚目
--	----	--	----

委任状

私は、_____を受領代理人と定め、高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費の受領に関する権限を委任します。

申請者 住所 _____

氏名 _____

受領代理人 住所 _____

氏名 _____