



被保険者の氏名・生年月日を記入してください。

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

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	大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日 昭和	計算期間の

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	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

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号(8桁)	広域連合名称	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.令和〇年 8月 1日から 令和〇年 7月 31日まで 2.令和 年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格情報			
保険者番号(6桁)	被保険者番号(10桁)	保険者名称(市町村名)	加入期間
19 〇〇〇〇 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		〇〇市	1.令和〇年 8月 1日から 令和〇年 7月 31日まで 2.令和 年 月 日から 年 月 日まで

支払方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込		××	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	0 1 2 3	1.普通預金 2.当座預金 9.その他	0 1 2 3 4 5 6	ヤマナシ タロウ	

保険者加入歴	加入期間
1	年 月 月
2	年 月 月

振込先の口座情報を記入してください。  
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。

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

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。(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)。

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下さい。  
高額介護合算療養費等の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 山梨 太郎

電話番号 〇55 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

申請代表者(被保険者本人または相続人代表者)

市町村確認欄

※確認した内容に○をつけること

1. 申請者と同居の妻または夫

2. 申請者と同世帯の子

【確認市町村担当職員】

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。

※下記については、申請者(または相続人代表者)の口座以外を指定する場合にご記入ください

委任欄	代理人(口座名義人)	氏名	住所	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

※計算期間中の県をまたぐ住所変更や、75歳到達等により他の保険者への加入歴がある場合は、「国民健康保険資格情報」もしくは「保険者加入歴」の欄に必ず記入してください。記入が無い場合、対象期間の自己負担額が照会できないため、支給計算に含まれません。