

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

記入例

申請対象年度 令和6年度

被保険者本人の氏名・生年月日を記入してください。

フリガナ ヤマナシ タロウ

氏名 山梨 太郎

生年月日 大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日

個人番号(12桁)

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

後期高齢者医療の被保険者番号を記入してください。
※番号は、「お知らせ」に記載されています。

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6年8月1日から令和7年7月31日まで
2.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(6桁) 被保険者番号(10桁) 介護保険の保険者番号・被保険者番号・市町村名を記入してください。
※番号は、「お知らせ」に記載されています。介護保険を利用されていない場合、番号の記載が無いため、記入はしないでください。

19 〇 〇 〇 〇 0 1 2 3

〇〇市

1.令和6年8月1日から令和7年7月31日まで
2.令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

振込口座

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

0 1 2 3 ※△△ ゆうちょ銀行は漢数字 本支店出張所 0 1 3

種目 口座番号 フリガナ ヤマナシ タロウ

1.普通預金 0 1 2 3 4 5 6 口座名義人 山梨 太郎

2.当座預金

受取口座

公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国
※ 公金受取口座を利用する場合

公金受取口座について
※事前にマイナンバーカードで公金受取口座を登録していない方はご利用できません。
※被保険者本人以外の公金口座はご利用できません。
※右上の個人番号(12桁)の記載がない場合はご利用できません。

保険者加入歴

1 加入期間 添付の自己負担

年 月 日から 年 月 日まで

2 年 月 日から 年 月 日まで

※保険者加入歴については令和6年8月1日～令和7年7月31日の間に別の保険に加入していた場合は記入してください。(例:国民健康保険・社会保険など、扶養も含む)

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合

〒 △△△ - △△△△

住所 ××市××町××丁目×番×号

氏名 山梨 太郎

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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。

① 上記対象者について、高額申請します。(保険者加入歴を記入してください)

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付申請書(高額介護合算療養費等)を提出する場合は、この申請書に併せて提出してください。

※振込先の口座情報をご記入ください。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。

申請代表者(被保険者本人または相続人代表者)

住所 氏名 電話番号

お知らせの裏面に記入例があります

※下記については、申請者(または相続人代表者)の記入欄にご記入ください。

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) 印

市町村確認欄 1. 加入期間
広域確認欄 1. 資格情報

網かけの部分をご記入ください。
※申請者以外の口座を指定する場合のみ、委任欄に記入・押印してください。