

窓口備え付け用様式

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

申請対象年度	令和 3 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	50339400007
--------	---------	------	-------	-------	--------	----------	-----------	-------------

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生	個人番号	
氏名					計算期間の始期及び終期	令和3年8月 ~ 令和4年7月

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 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
39400007		福岡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	保険者名称	加入期間
		介護保険者	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込	振込口座は、後期高齢者医療で登録している 高額療養費 ・ 療養費 ・ 高額介護合算療養費 と同じ口座を指定します。						振込先口座管理番号	
口座振込		口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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 3.貯蓄預金	口座番号	フリガナ 口座 名義人	

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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
	2		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					

(宛先) 福岡県後期高齢者医療広域連合長 _____ 年 月 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。
 なお、障がい者医療及びひとり親家庭等医療費助成の利用にともない高額介護合算療養費が発生した場合には、後期高齢者医療で支給すべき金額の全部又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。

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○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○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。

郵便番号 _____ 住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

はい いいえ

私(委任者)は、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)(以下、「療養費等」という)支給にかかる以下の部分(○を付したものを) _____ 年 月 日
 下記の者(受任者)に委任します。

療養費等の支給申請(自己負担額証明書交付申請を含む) 個人番号の提供	委任者 氏名 _____	受任者 氏名 _____
療養費等の受領	住所 _____	住所 _____
自己負担額証明書の受領	電話番号 _____	電話番号 _____ 続柄 _____

【保険者記入欄】

枚中 _____ 枚目 _____

委任欄