

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

<宛先> 愛媛県後期高齢者医療広域連合長
内子町長

令和 年 月 日

- ☐ 下記対象者について、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、各市町医療費助成事業(重度心身障がい者医療費助成事業等)の対象となる医療費に係る高額介護合算療養費は、その受領に関する権限を内子町に委任します。
- ☐ 下記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏 名			
	住 所	〒		

・世帯 枚中 枚目

・証明書送付代表者 ☐

- ◆ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある保険者に対しても、支給を申請します。 はい／いいえ
- ◆ 申請に当たり、世帯員の個人住民税の課税状況及び他保険自己負担額等を担当職員が確認することに同意いたします。

申請対象年度		年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	個人番号											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・海外移住者計算期間中申請					
対象者氏名						生年月日		年 月 日											
資格情報	国保	保険者番号		保険者名称			被保険者番号			加入期間									
										年 月 日 ～ 年 月 日									
	後期	保険者番号		保険者名称			被保険者番号			加入期間									
										年 月 日 ～ 年 月 日									
	介護	保険者番号		保険者名称			被保険者番号			加入期間									
										年 月 日 ～ 年 月 日									
保険者加入歴		保険者名		加入期間			自己負担額証明書整理番号			備 考									
	1			年 月 日 ～ 年 月 日						医療助成該当 加入期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (制度名：)									
	2			年 月 日 ～ 年 月 日															
	3			年 月 日 ～ 年 月 日															

振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				本 店 支 店 支 所 出張所			預金種別	口座番号				口座名義人（カタカナ）				口座管理 番号		受付印	受付
								1. 普 通 2. 当 座 3. その他									振込先口座 管理番号			入力
																		確認		

委任状

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様
内子町長 様

令和 年 月 日

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合及び内子町より支払いを受ける、標記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)		受任者 (口座名義人)	
住 所	氏 名	住 所	氏 名

念書

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様
内子町長 様

令和 年 月 日

死亡者	氏 名		
相続人	住 所		
	氏 名	続柄	

令和 年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の標記申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合及び内子町には一切ご迷惑はおかけいたしません。