

# 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	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	枚中	枚目
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						

被保険者氏名	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	個人番号												
	計算期間	年		月	日	～	年		月	日									

被保険者資格	後期 介護	保険者番号	被保険者番号	保険者名称					加入期間				
		39260005		京都府後期高齢者医療広域連合					年 月 日 ～ 年 月 日				
		保険者番号	被保険者番号	保険者名称					加入期間				
									年 月 日 ～ 年 月 日				

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号					フリガナ		口座管理番号
			支店		普通 当座 貯蓄						口座名義人		
			出張所										

他の加入歴	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				
		年 月 日 ～ 年 月 日														
		年 月 日 ～ 年 月 日														
		年 月 日 ～ 年 月 日														

委任	私は、高額介護合算療養費の（申請・受領）を代理人に委任します。（該当するものを○で囲んでください。受領を委任する場合は、代理人と口座名義人を同じにしてください。）														
	代理人住所										代理人氏名				
	委任者（被保険者）氏名										※委任者本人が自署してください。				
	委任者電話番号										※委任に関する意向に関して、確認のためお電話等させていただくことがあります。				

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長  
 計算期間中に加入していた介護保険を運営する市町村の長  
 計算期間中に加入していた医療保険を運営する医療保険者の長

年 月 日

1 高額介護合算療養費と高額医療合算介護（予防）サービス費の支給を申請します。 (申請者) 郵便番号

2 高額介護合算療養費自己負担額証明書の交付を申請するとともに、高額介護合算療養費と高額医療合算介護（予防）サービス費の支給を申請します。 住所

氏名

電話番号 - -

<この申請書は、計算期間中に加入していた他保険者への申請を兼ねますので、他の医療保険・介護保険への手続は不要です。>