

高額介護合算療養費等の申請のしかた

申請書の記入例

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6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・海外居住者なし) 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・海外居住者あり) 4 死亡・海外居住等計算期間中申請						
A 被保険者氏名	広域 太郎		生年月日	明治 大正 24年11月9日 ③ 昭和	個人番号 (マイナンバー)	012345678901	
	被保険者番号		被保険者番号		保険者名称	加入期間	
B 被保険者資格	後期	39260005	01234567	京都府後期高齢者医療広域連合		令和6年11月9日 ~ 令和7年7月31日	
	介護	012345	0123456789	広域市介護保険		令和6年8月1日 ~ 令和7年7月31日	
C 振込口座	銀行	ゆうちょ	金融機関コード	本店	支店	口座番号	フリガナ
	信用金庫		9900	四四三	443	1234567	コウイキタロウ
2 他の保険者加入歴	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	市町村受付印	
	〇〇市国民健康保険	令和6年8月1日 ~ 令和6年11月8日					
1 委任欄	私は、高額介護合算療養費等の(申請)・受領)を代理人に委任します。 ※上記①内の該当するものを○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。						
	代理人氏名	広域 花子		委任者(被保険者)氏名	広域 太郎		※委任者本人が自署してください。
代理人住所	〇〇府〇〇市〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート〇号室		委任者電話番号	567-890-1234		※委任に関する費用に関して、確認のためお電話等させていただくことがあります。	
D	(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						
	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。 ② 高額介護合算療養費自己負担額等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。 また、本申請をもって、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。						
※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。							

”全員”記入が必要な部分

該当者のみ追加で記入が必要な部分

A 氏名・生年月日

B 被保険者資格情報

C 振込口座

D 申請者情報

詳しい記入方法は裏面をご参照ください。

●本人以外の申請や受領の場合

1 委任欄

●令和6年8月1日~令和7年7月31日の間に他の保険者に加入されていた場合

2 他の保険者加入歴

3 個人番号(マイナンバー)

申請に必要なもの

対象者	必要なもの
全員	申請書
該当者のみ	相続人代表者指定届(相続人が申請する場合)
該当者のみ	戸籍謄本、遺産相続分割協議書など被保険者と相続人の関係が分かるもの(相続人が申請する場合)
該当者のみ	代理受領委任状(重度心身障害老人健康管理事業を受け委任状を提出したことがない場合)

※市町村窓口にてご提出いただく場合は上記に加えて、マイナンバーカード、資格確認書、振込先が分かるものをご持参ください。

”全員”記入が必要な部分

A 氏名・生年月日

対象となる被保険者の氏名・生年月日をご記入ください。

被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	明治 大正 昭和	24年11月9日
--------	-------	------	----------------	----------

B 被保険者資格情報

資格確認書等に記載されている被保険者番号（「0」から始まる8桁の番号）をご記入ください。

被保険者資格	後期	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			39260005	01234567	京都府後期高齢者医療広域連合
介護	介護	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
		012345	0123456789	広域市介護保険	令和6年8月1日 ~ 令和7年7月31日

介護保険証等に記載されている被保険者番号（10桁の番号）をご記入ください。

それぞれの保険の加入期間をご記入ください。

C 振込口座

被保険者本人の口座
相続人代表者の口座
受領委任を受けた代理人の口座
のいずれかをご記入ください。

※本人以外を受領の場合は、①「委任欄」の記入が必要です。

振込口座	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	コウイキタロウ
	ゆうちょ 信用金庫 信用組合 協同組合	9900	支店 出張所	443	普通 当座 貯蓄	1234567	口座名義人	広域 太郎

金融機関コードと店舗コードは、分かる場合で結構です。

申請日を記入

D 申請者情報

被保険者本人
相続人代表者
申請委任を受けた代理人
のいずれかをご記入ください。

※本人以外の申請の場合は、①「委任欄」の記入が必要です。

令和 年 月 日

(申請者) 〒 123-4567

住所 〇〇府〇〇市〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート〇号室

氏名 広域 花子

※本人以外の中継又は受領については、左上の「委任欄」をご記入ください。

電話番号 012 - 345 - 6789

該当者のみ追加で記入が必要な部分

1 委任欄

該当するものすべてを○で囲んでください。

委任欄	私は、高額介護合算療養費等の（申請・受領）を代理人に委任します。			
	※上記（ ）内の該当するものを○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。			
	代理人氏名	広域 花子	委任者（被保険者）氏名 広域 太郎	
	代理人住所	〇〇府〇〇市〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート〇号室	委任者電話番号	567-890-1234

2 他の保険者加入歴

前保険者での加入期間を
ご記入ください。

他の保険者加入歴	保険者名	加入期間
	〇〇市国民健康保険	令和6年8月1日 ~ 令和6年11月8日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

加入されていた保険者名をご記入ください。

●国保の場合 → 〇〇市国民健康保険 など

●社保の場合 → 全国健康保険協会〇〇支部、〇〇〇健康保険組合 など

●介護保険の場合 → 〇〇市介護保険

3 個人番号（マイナンバー）

マイナンバーカード裏面に記載されている、
個人番号(12桁の数字)をご記入ください。

個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---