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　　年　　月　　日 昭和	個人番号（マイナンバー）	
				計算期間	年　月　日 ～　年　月　日

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

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

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
		年　月　日 ～　年　月　日			
		年　月　日 ～　年　月　日			
		年　月　日 ～　年　月　日			

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<u>○で囲んでください</u>。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	委任者（被保険者）氏名	※委任者本人が自署してください。
代理人住所	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。
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。
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。

（申請者）〒

住所

氏名

※本人以外の申請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　－　－

※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。