

記載例

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 平成〇〇年度 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

フリガナ コクホ タロウ 生年月日 昭和〇年〇月〇日 生
 氏名 国保 太郎 個人番号 *****
 性別 男 計算期間の始期及び終期 平成〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日

国民健康保険資格情報
 保険者番号 申請者 150029 保険者証記号 被保険者証番号 0000123456 続柄 ①世帯主 ②擬制世帯主 ③世帯員 長岡 加入期間

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

介護保険資格情報
 保険者番号 被保険者番号 保険者番号

支給方法 振込口座記入欄 銀行 信用金庫 信用組合 本店 支店 出張所 種目 ①普通 ②当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ コクホ タロウ 口座名義人 国保 太郎

保険者加入歴 1 2 3 備考欄

申請年月日 〇年〇月〇日 郵便番号 〒940-8501 住所 長岡市大手通1丁目4番地10
 申請者(被保険者)氏名 国保 太郎 電話番号 0258-39-2006
 委任状欄 受任者 受任者氏名(口座名義人) 印
 委任者 支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日 委任者氏名(申請者) 印

上記対象者について
 高額介護合算療養費の支給を申請します。
 自己負担額証明書の交付を申請します。

申請年月日をご記入ください。

申請書左上に印字されている申請者の住所、氏名等をご記入ください。押印をお願いします。

申請者以外の口座へ振り込みを希望される場合のみ、委任状欄を記入・押印してください。

【留意事項】
 ①提出期限:令和2年2月28日(金)
 ※期限を過ぎても提出できますが、このお知らせが届いた日の翌日から2年を経過すると時効となり、支給できなくなりますことをご了承ください。
 ②振込予定日:申請日から1~2か月程度
 ※お振込み日が決定しましたら、お知らせします。

振込先口座をご記入ください。

国保印

印

印