

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 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	------------	------	-------	-------	--------

[illegible]

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		から まで

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	加入期間
		長崎県後期高齢者医療広域連合	から まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			から まで

振込口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協・信漁連 労働金庫	金融機関コード				本店 支店・支所 本店営業部 出張所	店舗コード			種別	口座番号						フリガナ	
										1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金							口座名義人

公金受取口座	☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。
--------	---

[illegible]

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	委任状	私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。		
	1		年	月	日から 日まで			委任者 （申請者）	氏名
	2		年	月	日から 日まで			受任者 （口座名義人）	住所
	3		年	月	日から 日まで				氏名