

介護保険・自己負担額証明書交付申請書：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

個人番号がわからない等
記入が困難な場合は、空欄のままでも受付します。

高額介護合算

申請対象年度	令和 3 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	フンキョウ タロウ			生年月日	昭和 11 年 1 月 11 日 生	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
氏名	文京 太郎					計算期間の始期及び終期	令和 3 年 8 月 ~ 令和 4 年 7 月											

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		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
123456	987654	〇〇健康保険組合	令和 3 年 8 月 1 日 から 令和 4 年 7 月 31 日 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
131052	0000123456	文京区	令和 3 年 8 月 1 日 から 令和 4 年 7 月 31 日 まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	振込先口座 管理番号	
口座振込	1	春日	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	9 8 7 6	シビック 本店 支店 出張所 ()	5 4 3	普通 当座 ()	1 2 3 4 5 6 7	フンキョウ タロウ

保険者加入歴	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2				
	3				

加入している医療保険の内容を記入してください。

金融機関名・支店名・口座の種類・口座番号・口座名義人(被保険者本人名義)を記入してください。※本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、下段の委任欄にも記入してください。

・申請日
・現在お住まいの住所
・申請代表者氏名
・連絡先電話番号
を記入してください。

文京区 長 宛

①上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。

②上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

××年 ××月 ××日
郵便番号 〒000-0000
住所 東京都 〇〇市 △△ 丁目 番号
申請代表者氏名 文京 太郎
(被保険者氏名)
連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

委任欄 ※申請者以外の方が申請又は受領する場合は、以下に委任者の氏名、住所、電話番号、委任する相手方(代理人)の氏名、住所、委任者との関係を必ず記入してください。

私は、右の者 < 代理人氏名 _____ 代理人住所 _____ 委任者との関係 _____ > を代理人と定め、

高額介護合算療養費等本申請に係る次の権限を委任します。[①申請に関すること ②受領に関すること ③申請及び受領に関すること]

委任者氏名 _____ (印) _____ 委任者住所 _____ 委任者電話番号 _____

枚中	枚目
----	----