

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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
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

フリガナ			明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日生	性別	男 ・ 女	個人番号	
氏 名	生年月日						計算期間の始期及び終期	令和 年 月 ～ 令和 年 月

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	広域連合名称	被保険者番号	加入期間
39020003	青森県後期高齢者医療広域連合		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

介護保険資格情報

保険者番号	保険者名称	被保険者番号	加入期間
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	金融機関コード	本店 支店 出張所 営業部	店番(店舗番号)	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 4. その他		口座名義人	

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			市 町 村 記 入 欄									
	1	国保・介護		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	介護認定	有・無	重 心	有・無	受領申立書	有・無
	2	国保・介護		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	所得区分	低Ⅰ・低Ⅱ・一般・現役並み所得者Ⅰ・現役並み所得者Ⅱ・現役並み所得者Ⅲ				
	3	国保・介護		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	備考欄					
	4	国保・介護		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで						

<p style="text-align: center;">様 様 青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>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は、2を丸で囲んでください。</p> <p>3 本申請書を持って、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。</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>申 請 者 氏 名 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p>
---	--

委任状

令和 年 月 日

〒 _____

被保険者
(または相続人代表者)

住 所 _____

氏 名 _____
(※署名または記名押印)

生年月日 _____

私(被保険者または相続人代表者)は、 _____ を代理人と定め、
高額介護合算療養費等支給に関する 申請 を行うことの権限を委任する。

〒 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____
(※署名または記名押印)

生年月日 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

私(被保険者または相続人代表者)は、 _____ を代理人と定め、
高額介護合算療養費等支給に関する 受領 を行うことの権限を委任する。

〒 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____
(※署名または記名押印)

生年月日 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

様
様
青森県後期高齢者医療広域連合長 様

※「1」を○で囲んでください。ただし、R6.8.1~R7.7.31の途中で後期高齢者医療被保険者の資格を喪失した方は、「2」または「3」のいずれか該当する方を○で囲んでください。

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

【記入例】

※R7.7より前に資格を喪失した方は、資格喪失した年月をご記入ください。

※通知カードまたは、個人番号カードに記載されている個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

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)	
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

フリガナ	アオモリ タロウ		明治・大正・昭和	〇年 〇月 〇日生	性別	男	個人番号	□□□□□□□□□□
氏名	青森 太郎					女	計算期間の始期及び終期	令和 6 年 8 月 ~ 令和 7 年 7 月

※R6.8.1~R7.7.31の途中で被保険者の資格を取得した方はその日から、資格を喪失した方はその日までをご記入ください。(死亡により資格喪失された方は、資格喪失日の前日までをご記入ください。)

後期高齢者医療資格情報		
保険者番号	広域連合名称	被保険者番号
39020003	青森県後期高齢者医療広域連合	(例) 01234567
		※後期高齢者医療被保険者証又は支給申請について(お知らせ)に記載の8桁の番号
		令和 6 年 8 月 1 日から 令和 7 年 7 月 31 日まで

介護保険資格情報			
保険者番号	保険者名称	被保険者番号	加入期間
(例) 012345	〇〇市	(例) 0012345678	令和 6 年 8 月 1 日から 令和 7 年 7 月 31 日まで
※介護保険被保険者証又は支給申請について(お知らせ)に記載の6桁の番号		※介護保険被保険者証又は支給申請について(お知らせ)に記載の10桁の番号	

振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	本店	店番(店舗番号)	種別	口座番号	フリガナ	アオモリ タロウ
	ゆうちょ		支店	△△△	①. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金 4. その他	△△△△△△△△	青森 太郎	

保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	市町村記入欄
1 国保・介護	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで		介護認定 有・無 重心 有・無 受領立書 有・無
2 国保・介護	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	※金融機関コード(グレー部分)は記入不要です。	所得区分 低Ⅰ・低Ⅱ・一般・現役並み所得者Ⅰ・現役並み所得者Ⅱ・現役並み所得者Ⅲ
3 国保・介護	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		備考欄
4 国保・介護			※R6.8.1~R7.7.31までの間で「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。

様
様
青森県後期高齢者医療広域連合長 様

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は、2を丸で囲んでください。

3 本申請書を持って、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。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 青森市△△〇丁目〇番〇号

申請者 青森 太郎

氏名

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇

※「介護保険資格情報」の各項目は、R6.8.1~R7.7.31までの間で介護保険の「要介護・要支援認定」を受けていた方のみご記入ください。

※申請者と受領者が異なる場合は押印が必要です。

◎この委任状は、被保険者（または相続人代表者）以外の方が申請または受領を行う場合に記入してください。

※ 被保険者に代わって申請書を代筆する場合は、委任状の記入は必要ありません。

委任状【記入例】（裏）

令和〇年〇〇月〇〇日

〒000-0000

被保険者 住所 青森市△△〇丁目〇番〇号
(または相続人代表者)
氏名 青森 太郎
(※署名または記名押印)
生年月日 大正〇年〇月〇日

青森

私(被保険者または相続人代表者)は、青森 カズオ を代理人と定め、
高額介護合算療養費等支給に関する 申請 を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人 住所 青森市大字〇〇字△△□□番地〇
氏名 青森 カズオ
(※署名または記名押印)
生年月日 昭和〇年〇月〇日
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
続柄 子

青森

私(被保険者または相続人代表者)は、連合 花子 を代理人と定め、
高額介護合算療養費等支給に関する 受領 を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人 住所 岩手県□□市□□〇〇番△
氏名 連合 花子
(※署名または記名押印)
生年月日 昭和〇年〇月〇日
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
続柄 子

連合

様

様

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請する場合に記入ください。

受領する場合に記入ください。