

**介護保険・自己負担額証明書交付申請書：記入例**

①申請対象年度は、④欄「計算期間の始期及び終期」の「始期」の属する年を記入してください。

③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。

④毎年8月～翌年7月までとなります。

**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**

②被保険者(本人)の氏名・生年月日・性別を記入してください。

申請対象年度	平成 30 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	ブンキョウ タロウ			生年月日	昭和 8 年 4 月 20 日 生	性別	男	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	0
氏名	文京 太郎			計算期間の始期及び終期		平成30年8月～令和元年7月															

⑤加入している医療保険及び文京区介護保険の加入内容を記入してください

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		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 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
39130000	00654321	東京都後期高齢者医療広域連合	平成 30 年 8 月 1 日 から 令和 元 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	平成 30 年 8 月 1 日 から 平成 31 年 2 月 10 日まで

⑥金融機関名・支店名・口座の種目・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。

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	ブンキョウ 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				

⑧・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。  
※印鑑は朱肉使用のもので押印してください。

⑦自己負担額証明書交付申請を行う場合は、「2」も○で囲んでください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛  
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。

なお東京都の医療費助成の適用を受けた高額介護合算療養費がある場合、その申請の手続き及び受領については東京都知事に委任します。

※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申請に関する事 ②受領に関する事 ③申請及び受領に関する事 ]

委任者氏名 ⑧ \_\_\_\_\_ 委任者住所 \_\_\_\_\_ 委任者電話番号 \_\_\_\_\_

枚中	枚目
----	----