

**記入例：法定相続人による申請の場合  
(被保険者本人が死亡した場合)**

記入しないでください。

フリガナ	マツヤマ タロウ	支給申請書 整理番号	-	-										
被保険者氏名	松山 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大(昭) 9年 8月 1日													
被保険者の氏名・住所・ 生年月日等を記入してく ださい。		二番町四丁目7-2 (089) 948-6885												
		●●年 8月 ~ ●●年 7月												
加入医療保険	保険者名称	1. 国保 (2) 後期 3. 介護 4. 被用者	保険者番号											
	被保険者証 記号・番号	(記号) (番号)	3	9	3	8	0	0	0	1	続柄			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員
	加入期間	R●●.■.◆ ~ R△△.7.31	保険者 加入歴		(有)・無									
(宛先) 松山市長 上記のとおり「高額医療合算介護(介 (以下、「高額医療合算介護サービ あわせて、介護サービス費等自己負 なお、申請にあたり、世帯等の個人 ●●年 △△月 □□日														
相続人様の氏名・住所・電話 番号・日付(ご記入日で可) の記入をお願いします。		住所〒 790-00 松山市二番 氏名 (自署) 松山 一郎 電話番号(089) 948-6887												
		対象期間中に、現在加入している医療保険以外 の保険があったときは 「有」に○をしてください。												
		自署若しくは代筆記載をお願い します。												

高額医療合算介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

受取金融機関等	フリガナ	銀行 本店	支店	種別					
	信用金庫 農協	出張所 支所	① 普通預金 ② 当座預金 ③ 隔地払						
口座名義人	マツヤマ イチロウ	松山 一郎	口座番号						
			9	8	7	6	5	4	3

(※注) ・介護保険の  
た額が高額医  
・給付制限を  
・年度(計算期  
・自己負担証明書が交付されてから、1年以内に医療保険者から計算結果連絡票が送付されないときは申請の  
取り下げとみなし、再度申請していただくことがあります。

ご希望の振込先口座をご記入ください。  
※上記申請者の方以外の口座の場合は、  
裏面の委任状のご記入も必要です。

限度額を超えた場合に、その超え  
ができない場合があります。

【松山市記入欄】

世帯状況	給付制限 状況	備考	担当	入力	受付
記入しないでください。					

◎受取金融機関を、被保険者(利用者)本人以外の口座にする場合はご記入ください。

## 委任状

委任状の箇所は、申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入が必要です。

年 △△ 月 □□ 日

私が松山市 〇〇〇〇 を受ける高額医療合算介護サービス費等について、下記の預金口座に振り込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	住所
	氏名
受任者	住所

※被保険者が死亡し、その法定相続人の口座への振込をする場合、念書への記入が必要です。また、添付書類として本人との続柄関係を証明するための戸籍謄本又は抄本が必要となります。

(但し、住民基本台帳上の同一世帯員である法定相続人による申請の場合には、戸籍謄本又は抄本の添付は不要です。)

## 念書

被保険者の氏名とお亡くなりになった日付をご記入ください。

●● 年 △△ 月 □□ 日

●● 年 △△ 月 □□ 日 松山 太郎 の死亡により、松山市から支払いを受ける高額医療合算介護サービス費等の受領について、相続人の間において異議が生じても私が責任をもって解決し、松山市には一切迷惑をおかけいたしません。

相続人	住所	松山市二番町四丁目7-2	
	氏名	松山 一郎	続柄 長男