

(5月21日実施)後期高齢者医療高額療養費及び高額介護合算療養費再勧奨通知印刷・封入封緘等業務

【別紙9】記入見本 b(介護合算記入見本)の差し替えについて

・【別紙9】記入見本 b(介護合算記入見本)については、記入例(表面)、(裏面)の2枚分を掲載する必要があるところ、ホームページには、記入例(裏面)のみの掲載となっております。修正前と修正後については、以下の通りです。

【別紙9】記入見本 b(介護合算記入見本) 修正前

別紙9

誓約書	記入例 (裏面)	委任状
<p>誓約者は原則法定相続人(配偶者、子、兄弟姉妹、甥姪、孫など三親等以内の親族)となります。それ以外の方が誓約者となる場合については、下記の書類の添付が必要となります。</p> <p>・三親等以外の親族・・・相続権があることが証明できる書面(例:遺言公正証書)の写し</p> <p>【誓約者】</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>被保険者との続柄 ()</p> <p>高額医療・高額介護合算療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。また、他の相続人からの問い合わせについて、本書記載の情報を提供することを了承します。</p> <p>【被保険者】</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>被保険者(死亡時)の住民票上の住所を記入してください。</p> <p>被保険者(死亡時)の氏名を記入してください。</p> <p>《誓約書の記入について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ この誓約書は、被保険者の方がおこなうにふさわしい場合に、ご記入ください。 ○ 支給申請書の申請者と同じ方がご記入ください。 ○ 申請者(誓約者)がご自身でご記入されない場合は【誓約者】欄に押印が必要です。 ○ 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入ください。 ○ 支給申請書・誓約書と併せて、ごくなされた被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄がわかる書類(戸籍や住民票等)のご提出をお願いする場合があります。詳しくは広域連合給付課までお問い合わせください。 	<p>年 月 日</p>	<p>大阪府後期高齢者医療広域連合長 市・区・町・村長</p> <p>高額医療・高額介護合算療養費に要した費用の受領に関する一切の権限を(▲▲▲▲)に委任します。</p> <p>振込を希望される口座名義人の氏名を記載してください。</p> <p>【委任者】</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 ××××</p> <p>被保険者もしくは誓約者の住所・氏名を記載してください。</p> <p>《委任状の記入について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ この委任状は、被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合に、ご記入ください。また【委任者】欄には、被保険者本人の方をご記入ください。 ○ 申請者(委任者)がご自身でご記入されない場合は【委任者】欄に押印が必要です。

【別紙9】記入見本 b(介護合算記入見本) 修正後

別紙9

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3年度	(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	2.計算期間末日以前申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	3.計算期間末日以前申請(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申請
フリガナ	オオサカ ハナコ	① 被保険者の氏名(フリガナ)をご記入ください。		
氏名	大阪 花子	生年月日	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
保険者番号	39270004	③ 口座情報をご記入ください。 ・ゆうちょ銀行の場合は、銀行名を「ゆうちょ」と記入し、支店名に3ケタの連数字をご記入ください。(支店名が不明の場合は、記号・番号をそのまま記入してください。) ・農協(JAバンク)の場合は、加入されている「農業協同組合名」を記入してください。 ・死亡の場合は法定相続人の口座情報をご記入ください。 ・被保険者本人名義以外の口座を記入される場合は、裏面の委任状にご記入ください。		
保険者番号		② 個人番号(マイナンバー)の12桁をご記入ください。 ※以下に該当する場合は記入不要です。 ・死亡している場合 ・令和3年8月～令和4年7月の間に府外からの転居及び府内において市をまたぐ転居(例:大阪市→堺市)をしていない場合		
国民健康保険資格情報				
保険者番号	被保険者	被保険者番号	続柄	保険者名称
加入期間				
口座管理番号	01	口座番号	0 0 1 2 3 4 5	口座名義人(オオサカ) 大阪 花子
振込口座記入欄	〇〇〇	信用組合	協同組合	〇
保険者名	堺市	加入期間	令和3年8月1日～令和4年2月28日	給付の自己負担額証明書整理番号
保険者加入歴	1	2	3	4
④ 保険者加入歴に記載がある場合は、介護保険自己負担額証明書の交付申請が必要ですので、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する場合は、左下の②とはいはれを丸で囲んでください。 他府県からの転入の場合は、転入前の後期高齢者医療広域連合名及び市町村名(介護保険)をご記入ください。				
⑤ 申請者様へご記入ください。 ・本人(または法定代理人)の署名をお願いします。 ・死亡の場合は誓約者(法定相続人)の署名をお願いします。 また、裏面の委任状にご記入ください。				
大阪府後期高齢者医療広域連合 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のいずれも未で願えません。 ※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・②のいずれも未で願えません。 ※本申請書が、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。				
大阪で置かれたところについて、記入してください。なお、口座名義人を被保険者本人以外にされる場合は、裏面(誓約書または委任状)への記入も必要になりますのでご確認ください。				
1 注意事項 ・支給申請書は被保険者ごとに1枚記入してください。				

<p style="text-align: center;">誓約書</p> <p>誓約者は原則法定相続人(配偶者、子、兄弟姉妹、甥姪、孫など三親等以内の親族)となります。それ以外の方が誓約者となる場合には、下記の書類の届けが必要となります。 ・三親等以外の親族・・・相続権があることが証明できる書面(例:遺言公正証書)の写し</p> <p>【誓約者】 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 被保険者との続柄 ()</p> <p>高額医療・高額介護合算療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。また、他の相続人からの問い合わせについて、本書記載の情報を提供することを了承します。</p> <p>被保険者(死亡時)の住民票上の住所地を記入してください。 【被保険者】 住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 年 _____</p> <p>被保険者(死亡時)の氏名を記入してください。</p> <p>＜誓約書の記入について＞ ○ この誓約書は、被保険者の方がおこなうに成されている場合に、ご記入ください。 ○ 支給申請書の申請者と同じ方がご記入ください。 ○ 申請者(誓約者)がご自身でご記入されない場合は【誓約者】欄に押印が必要です。 ○ 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入ください。 ○ 支給申請書・誓約書と併せて、亡くなった被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄がわかる書類(戸籍や住民票等)のご提出をお願いします。詳しくは広域連合給付課までお問い合わせください。</p>	<p style="text-align: center;">委任状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>大阪府後期高齢者医療広域連合 市・区・町・村長</p> <p>高額医療・高額介護合算療養費に要した費用の受領に関する一切の権限を(▲▲▲▲)に委任します。 振込を希望される口座名義人の氏名を記載してください。</p> <p>被保険者もしくは誓約者の住所・氏名を記載してください。 【委任者】 住所 _____ 氏名 ××××</p> <p>＜委任状の記入について＞ ○ この委任状は、被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合に、ご記入ください。また【委任者】欄には、被保険者本人の方をご記入ください。 ○ 申請者(委任者)がご自身でご記入されない場合は【委任者】欄に押印が必要です。</p>
--	--