

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	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		生年月日		個人番号 (マイナンバー)														
氏名						計算期間の始期及び終期												

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
39270004		大阪府後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 年 月 日

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
			年 月 日 ~ 年 月 日

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間

口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行	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
01		信用金庫			1.普通預金 2.当座預金 9.貯蓄預金		口座名義人(漢字)	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」に(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載は不要です。								

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	資格喪失日	備考欄
	1			年 月 日	
	2			資格喪失事由	
	3			1.死亡 2.海外移住 3.生活保護受給	
	4				

市長 宛
大阪府後期高齢者医療広域連合長 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。
 ※本申請書をもって、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。 はい/いいえ

年 月 日	郵便番号	住所
申請者氏名		
電話番号		

太枠で囲ま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。

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----