様式第２１号の６

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

氏名		生年月日		個人番号（マイナンバー）	
				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：01

下記「ア」、「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先として登録します。

振込先

ア　**公金受取口座を振込先に指定します。**
※　被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。
※　マイナポータル等で登録されている方に限ります。

イ　**以下の口座を振込先に指定します。**
※「ア　公金受取口座」を選択された場合は、記入不要です。

金融機関名	金融機関コード	店名	店舗コード	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）		本　店 支　店 （　）		普　通 当　座 その他 （　　）		

振込先管理番号

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					

網掛け部は記入不要です。

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

太枠で囲まれたところを記入してください。相続人代表者が申請される場合は裏面誓約書への記入、口座名義を申請者以外にされる場合は裏面委任状への記入が必要です。

年　月　日

申請者（被保険者または相続人代表者）

郵便番号　　住　所

氏　名

連絡先

裏面委任状を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

	人中		人目		枚中		枚目