

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 4年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下
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			3.死亡・海外移住等計算期間中申請

記入例
(表面)

① 被保険者の氏名(フリガナ)をご記入ください。

フリガナ **オオサカ ハナコ**

氏名 大阪 花子

生年月日

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4年8月～令和5年7月の間に府外からの転居または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

個人番号(マイナンバー) **1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2**

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」、支店名に**3ケタの漢数字**、預金種目、口座番号(7桁)をご記入ください。(これらは通帳の見開き2ページ目の下部に印字されていますが、ご不明の場合は、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 39270004

保険者番号 271007

加入期間

口座管理番号 01

振込口座記入欄 **〇〇〇**

金融機関コード **△△△**

店舗コード **△△△**

種目 ①普通預金 2.当座預金 9.貯蓄預金

口座番号 **0 0 1 2 3 4 5**

口座名義人(カタカナ) **オオサカ ハナコ**

口座名義人(漢字) **大阪 花子**

振込先口座管理番号

保険者名 堺市

加入期間 令和 4年 8月 1日 ～ 令和 5年 2月 28日

添付の自己負担額証明書整理番号

資格喪失日

備考欄

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。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。

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。

⑤ 申請者欄へご記入ください。
・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**誓約書**にご記入ください。

年 月

郵便番号 **540-8790**

住所 大阪府大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

申請者氏名 **大阪 花子**

電話番号 **06-4790-2031**

1 注意事項
・支給申請書は**被保険者1人につき1枚**記入してください。

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。

記入例
(裏面)

委任状

年 月 日

大阪府

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。

・**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**

【誓約者(※)】

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との続柄 ()

(※)誓約者は三親等以内の親族(内縁者は含みません)
又は公的な証明書等により相続権を有する方になります。

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。

【被保険者】

住 所

氏 名

生 年 月 日 年

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(死亡時)の**氏名**を記入してください。

《誓約書の記入について》

- この誓約書は、被保険者の方がお亡くなりになられている場合に、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。
- 申請書の提出後、必要があると認めた場合は、亡くなら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)の追加のご提出をお願いすることがあります。

大阪府後期高齢者医療広域連合長

市・区・町・村長

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。

【委任者】

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。

住 所

氏 名

《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、被保険者本人または誓約者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。