

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	6XXXXXX	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	17XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
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	11XXXXXXXXXX		生	個人番号 (マイナンバー)				
氏名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						計算期間の始期及び終期	19XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
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				
8XXXXXXXX		8XXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
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				
6XXXXXX		10XXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
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		
8XXXXXXXX		10XXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1.世帯主 2.被保険者 3.世帯員	10XXXXXXXXXX 10XXXXXXXXXX		27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所		店舗コード	種目	口座番号		口座名義人 (カタカナで記入してください)	振込先口座 管理番号
2X		7XXXXXX	4XX	7XXXXXX		3XX	1.普通預金 2.当座預金 9.貯蓄預金	7XXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		年 月 日		12XXXXXXXXXXXX 12XXXXXXXXXXXX		
	2	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		資格喪失事由		12XXXXXXXXXXXX 12XXXXXXXXXXXX		
	3	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1. 死亡		12XXXXXXXXXXXX 12XXXXXXXXXXXX		
	4	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		2. 海外移住		12XXXXXXXXXXXX 12XXXXXXXXXXXX		
	5	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3. 生活保護受給		12XXXXXXXXXXXX 12XXXXXXXXXXXX		

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX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

太枠の部分について、記入してください。また、裏面への記入も必要になる場合がございますのでご確認ください。

年 月 日
郵便番号 住所
申請者氏名
電話番号

2X	人中	2X	人目	2X	枚中	2X	枚目
----	----	----	----	----	----	----	----