

様式1 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記入例（自己負担額証明書交付申請の場合）
 介護保険にかかる自己負担額証明書交付申請は介護保険担当において別途必要となります。

様式1 (平成 年度分) 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 【医療分】

(提出先) 大阪市長

高額介護合算療養費・高額医療合算介護サービス費等支給申請
 国民健康保険および介護保険資格の確認に際し、必要な公簿を閲覧されることに同意します。

自己負担額証明書交付申請
 国民健康保険および介護保険資格の確認に際し、必要な公簿を閲覧されることに同意します。

1.申請者①(世帯主・擬制世帯主)記入欄

後期高齢者医療被保険者番号

申請日 平成 21 年 8 月 3 日 被保険者証記号番号 阪国 北 1 1 1 1 1 1

フリカナ オオサカ タロウ 氏名 大阪 太郎 (印) 生年 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 22 年 2 月 2 日 続柄 世帯主

郵便番号 5 3 0 - 8 2 0 1 電話番号 0 6 - 6 2 0 8 - 1 2 3 4 性別 1 男 2 女

住所 大阪市北区中之島 1 - 3 - 2 0

計算期間の始期及び終期 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 国保世帯構成人数 3 名

2.世帯員記入欄

フリカナ オオサカ ハナコ 氏名 大阪 花子 生年 3 昭和 4 平成 19 年 3 月 3 日 性別 1 男 2 女 後期高齢者医療被保険者番号

フリカナ オオサカ イチロウ 氏名 大阪 一郎 生年 3 昭和 4 平成 23 年 2 月 2 日 性別 1 男 2 女 後期高齢者医療被保険者番号

3.医療保険加入履歴欄(申請年度の計算期間内に医療保険者の変更がある場合は記入してください。)

医療保険加入履歴	医療保険者の名称等	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
1		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
2		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
3		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

4.申請者①の口座振込申出記入欄(高額介護合算療養費および高額医療合算介護サービス費等)

振込先	金融機関名	預金種目	口座番号
中之島	銀行 信用金庫 中之島	普通預金	口座番号 (右詰めでご記入ください。)
金融機関コード 1 1 1 1	店舗コード 1 1 1 4	当座預金	口座名義人(カタカナでご記入ください。)
		貯蓄預金	オオサカ タロウ

[必ず裏面をお読みください] 枚 / 枚 【介護分】

5.大阪市介護保険被保険者資格記入欄

介護被保険者番号	加入期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	生年	性	1 男 2 女
① フリカナ					
氏名					
② フリカナ					
氏名					
③ フリカナ					
氏名					

6.介護保険加入履歴

介護保険加入履歴	介護被保険者番号
1	
2	
3	

7.口座振込申出

ア 申請振込 振込先 市役所 金融機関

ア 申請振込 振込先 市役所 金融機関

金融機関コード 店舗コード

自己負担額証明書交付申請の場合は計算期間の始期及び終期の記入は必要ありません。

大阪市国民健康保険の資格喪失時点の世帯員について記入してください。2名を超える場合は様式2世帯員記入欄に記入してください。

申請者の金融機関口座情報を記入してください。

自己負担額証明書交付申請の場合は記入しないでください。

自己負担額証明書交付申請の場合は記入しないでください。