

# 様式 2 記入例

世帯員が2名を超える場合に一人1枚ずつ記入してください  
記入方法については様式1の記入例を参照してください

## 様式 2

枚 / 枚

### 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】**

1.申請者①(世帯主・擬制世帯主)被保険者証記号番号記入欄

被保険者証記号番号	阪国北	1	1	1	1	1	1
後期高齢者医療被保険者番号	2	2	2	2	2	2	2

← 様式1の申請者 記入欄に記入している申請者の被保険者証番号等を記入してください。

2.世帯員記入欄

フリカ <sup>ナ</sup>	オオサカ	ジロウ	生年月日	昭和12年1月1日	性別	後期高齢者医療被保険者番号
氏名	大阪	次郎		4平成	1男 2女	

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。)

No.	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
医療保険加入履歴	町国民健康保険	平成20年4月1日～平成20年12月31日	12345678
		平成 年 月 日～平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～平成 年 月 日	

**【介護分】**

4.大阪市介護保険被保険者資格記入欄

介護保険者番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	加入期間	平成21年1月1日～平成21年7月31日
フリカ <sup>ナ</sup>	オオサカ	ジロウ	生年月日	昭和12年1月1日	性別	男					
氏名	大阪	次郎									

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

No.	介護保険者の名称等	加入期間	添付の自己負担額 証明書整理番号
介護保険加入履歴	町国民介護保険	平成20年4月1日～平成20年12月31日	11223344
		平成 年 月 日～平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～平成 年 月 日	

6.口座振込申出記入欄(被保険者の高額医療合算介護サービス費等)

<input checked="" type="checkbox"/> 申請者①と同一の口座へ振り込むことに同意します。	<input type="checkbox"/> 下記の口座に振込みを希望します。	氏名	大阪 次郎	(印)
振込先	金融機関名	預金種目	口座番号	
	銀行 信用金庫 信用組合	支店	(右詰めでご記入ください。)	
金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金	口座名義人(カタカナでご記入ください。)	

[必ず裏面をお読みください]