

高額介護合算療養費支給申請書 記入例

※ 世帯の後期高齢者医療被保険者お一人に1枚ずつ記入してください。

この期間の途中で資格喪失した方以外は、このようになります。途中で資格喪失した場合は、その前日を終期に記入してください。

いずれかに○をしてください。 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 後期高齢者医療制度

申請対象年度	平成 20 年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 新規 <input type="radio"/> 2. 変更 <input type="radio"/> 3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号				
フリガナ	オオサカ タロウ		生年月日	明大 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	計算期間の始期及び終期	平成20年 4月 1日 ~ 平成21年 7月 31日	
氏名	大阪 太郎								
後期高齢者医療資格情報									
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間						
39270000	00000000	大阪府後期高齢者医療広域連合	平成 20年 4月 1日から平成 21年 7月 31日まで						
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						
271007	0000000000	大阪市	平成 20年 4月 1日から平成 21年 7月 31日まで						
口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	本店	店番コード	種目	口座番号	口座名義人(カタカナで記入下さい。)	振込元口座管理番号
1	0000	信用金庫信用組合	0000	支店出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 9. 貯蓄預金	00000000	オオサカ タロウ	
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	後期高齢者医療資格喪失情報		備考欄			
	1	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		資格喪失日	平成 年 月 日				
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		資格喪失事由	1. 死亡 2. 海外移住 3. 生活保護受給				
	3	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
4	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								

大阪市長 様
大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

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。

後期高齢者医療および介護保険資格の確認に際し、必要な公券を閲覧されることに同意します。

※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。

平成 〇〇年 〇月 〇日

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号

申請代表者氏名 大阪 太郎

電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇

記入例にならない、給付金の振込みを希望する口座の情報を記入してください。複数の方にわたる申請で、同一の口座に振込みを希望される場合、振込みを希望される方の申請書のみ口座欄に記入してください。それ以外の方の申請書は右端の「振込先口座番号」欄に、希望する振込先口座の「口座管理番号」を記入してください。

計算期間中に後期高齢者医療以外の医療保険や大阪市以外の介護保険に加入されていた場合、その「保険者名」、「加入期間」、「自己負担額証明書整理番号」を記入してください。

①はどの場合も丸で囲むことになります。②は自己負担額証明書の交付申請を行う場合のみ丸で囲むことになります。

記入例にならない、計算期間中の後期高齢者医療の資格情報、大阪市介護保険の資格情報をそれぞれ記入してください。

変更、取下げの場合はその理由を記入してください。

計算期間中に資格喪失された場合、その年月日、その事由を記入してください。

世帯の後期高齢者医療被保険者を代表して申請する方について記入してください。複数枚の申請書に記入をする場合は、1枚目だけ記入があれば結構です。

何枚の申請書のうちの何枚目かを、明記してください。

○ 枚中 ○ 枚目