

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 年度	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
--------	-------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------

フリガナ		生年月日	明大昭	年 月 日生	性別	男 女	計算期間の 始期及び終期	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
氏名								

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
3927		大阪府後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日から平成 年 月 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
			平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (カタカナでご記入下さい。)	振込先口座 管理番号
					1. 普通預金 2. 当座預金 9. 貯蓄預金			

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

平成 年 月 日

郵便番号 ー

住所

申請代表者氏名 ㊟

電話番号

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、必要な公募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。

記入方法については裏面をご参照してください。

	枚中		枚目
--	----	--	----

【高額介護合算療養費・高額医療合算介護サービス費等の支給について】

- ・医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が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として支給されます。
- ・高額介護合算療養費・高額医療合算介護サービス費等については、毎年8月1日から翌年7月31日までの12か月分の自己負担額で計算します。
(ただし、平成20年度については、平成20年4月1日から平成21年7月31日までの16か月分で計算します。)

申請書の記入方法

1. 各資格情報欄

後期高齢者医療資格情報： 大阪府後期高齢者医療の被保険者番号等を記入してください。
介護保険資格情報： 申請対象年度末日(記載年の7月31日)に加入する介護保険の被保険者番号等を記入してください。

2. 振込口座欄

振込口座記入欄に金融機関名から口座名義人までを記入してください。
申請書が複数枚にわたる場合、口座管理番号欄は1枚目から順に1、2、と記入してください。世帯内の他の後期高齢者医療被保険者の口座(本人の口座以外)へ振込を希望する場合、振込口座記入欄(金融機関名から口座名義人まで)は記入せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記入してください。
(例)
口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記入欄は記入せず、右端の「振込先口座管理番号」欄に「1」と記入します。

※世帯内の後期高齢者医療被保険者以外の口座へ振込を希望する場合、別途「委任状」が必要になります。

3. 保険者加入歴欄

計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合、以前に加入していた医療保険(介護保険)の保険者名称と加入期間を記入し、また同保険者加入時の自己負担証明書を添付の際には同証明書整理番号を記入してください。

4. 後期高齢者医療資格喪失情報欄

死亡・海外移住・生活保護受給等により計算期間(前年8月1日から当年7月31日)の途中に被保険者資格を喪失された方は、被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由を丸で囲んでください。
※死亡した被保険者にかかる申請の場合、別途「誓約書」と申請人との続柄が分かる書類(戸籍、住民票等)が必要になります。

5. 備考欄

申請区分が「変更」もしくは「取下げ」の場合は、備考欄にその理由を記入してください。

6. 署名欄

申請代表者氏名については、後期高齢者医療世帯の代表者名を記入してください。(申請書が複数枚に渡る場合は、最初の1枚目のみの署名でかまいません。)