

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）被保険者記号・番号記入欄

被保険者記号・番号	阪国	
後期高齢者医療被保険者番号		

2. 世帯員記入欄

フリガナ		生年月日	3 昭和	年	月	日	後期高齢者医療被保険者番号
氏名			4 平成				
個人番号							

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。）

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		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	
		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

介護保険被保険者番号		加入期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日					
氏名											
個人番号											

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		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	
		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	
		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	

6. 口座振替申出記入欄（被保険者の高額医療合算介護サービス費等）

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

〔必ず裏面をお読みください〕

## 追加分の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の記入方法

### 【 医 療 分 】

#### 1.申請者①（世帯主・擬制世帯主）記入欄

- ・様式1で記入した世帯主の被保険者記号番号または擬制世帯主の後期高齢者医療被保険者番号を記入してください。

#### 2.世帯員記入欄

- ・様式1で世帯員が2名を超える場合に記入してください。
- ・記入された方が計算期間内に後期高齢者医療制度へ移行された場合は、後期高齢者医療被保険者番号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、記入の必要はありません。

#### 3.医療保険加入履歴欄

- ・様式1で医療保険者の異動履歴が3つを超える場合、または2.世帯員記入欄の世帯員の医療保険加入履歴を記入してください。
- ・様式1で医療保険異動履歴が3つを超える場合は、No.の項目に3以降の数字を順に記入してください。
- ・2.世帯員記入欄の世帯員の医療保険加入履歴を記入する場合は、No.の項目に1からの数字を順に記入してください。
- ・大阪市内で住所を異動された場合は、自己負担額証明書の提出は必要ありません。
- ・自己負担額証明書をお持ちでない場合は、異動前の医療保険者で自己負担額証明書の交付を受けてください。
- ・記入順については、加入期間の古い順に記入してください。
- ・自己負担額証明書交付申請の場合は、記入の必要はありません。

### 【 介 護 分 】

自己負担額証明書交付申請の場合は、記入の必要はありません。

#### 4.大阪市介護保険被保険者資格記入欄

- ・様式1で世帯内に介護保険被保険者が3名を超える場合は記入してください。

#### 5.介護保険加入履歴欄

- ・様式1で介護保険者の異動履歴が3つを超える場合、または5.大阪市介護保険被保険者資格記入欄の被保険者の介護保険加入履歴を記入してください。
- ・記入順については、加入期間の古い順に記入してください。
- ・様式1で介護保険異動履歴が3つを超える場合は、No.の項目に3以降の数字を順に記入してください。
- ・4.大阪市介護保険被保険者資格記入欄の被保険者を記入する場合は、No.の項目に1からの数字を順に記入してください。
- ・大阪市内で住所を異動された場合は、自己負担額証明書の提出は必要ありません。
- ・自己負担額証明書をお持ちでない場合は、異動前の介護保険者で自己負担額証明書の交付を受けてください。

#### 6.口座振替申出記入欄（被保険者の高額医療合算介護サービス費等）

- ・世帯内に介護保険被保険者が3名を超える場合は記入してください。
- ・高額医療合算介護サービス費等を様式1の申請者①の口座へ振り込む場合は、□アに☑し記名してください
- ・高額医療合算介護サービス費等を申請者①以外の口座へ振り込む場合は、□イに☑し記名のうえ振込先の金融機関について記入してください。

### 【ゆうちょ銀行を振込先金融機関にされる場合】

ゆうちょ銀行が指定している振込用の店舗コード、口座番号を記入してください。  
記入方法がご不明な場合は窓口にお問い合わせください。