

様式3

高額介護合算療養費等支給申請書（精算用）

(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。

(平成・令和 年度分)

【医療分】

【必ず裏面をお読みください】

枚 / 枚

【介護分】

1. 申請者① (世帯主・擬制世帯主・その他の相続人) 記入欄
申請日 平成 年 月 日 被保険者記号・番号 阪国
フリガナ 氏名 生年月日 1明治 2大正 3昭和 4平成 年 月 日 続柄 1世帯主 2擬制世帯主 3()
個人番号 電話
住所 〒 区
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 名

2. 世帯構成記入欄
フリガナ 氏名 生年月日 3 昭和 年 月 日 4 平成 後期高齢者医療被保険者番号
個人番号
□精算対象者(□世帯主 □世帯員) □精算対象者以外 資格喪失日 平成 年 月 日 精算事由 1:死亡 2:生活保護開始 3:国外転出

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。)
フリガナ 氏名 生年月日 3 昭和 年 月 日 4 平成 後期高齢者医療被保険者番号
個人番号
□精算対象者(□世帯主 □世帯員) □精算対象者以外 資格喪失日 平成 年 月 日 精算事由 1:死亡 2:生活保護開始 3:国外転出

Table with 4 columns: 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. Rows 1-3 for medical insurance, rows 4-6 for nursing insurance.

4. 口座振替申請者①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(右詰め) 口座名義(カタカナでご記入ください。)
銀行 信用組合 信用金庫 支店 1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金
金融機関コード 店舗コード

5. 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 氏名 生年月日 昭和 年 月 日
個人番号

6. 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。)
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 氏名 生年月日 昭和 年 月 日
個人番号

7. 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。)
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 氏名 生年月日 昭和 年 月 日
個人番号

Table with 4 columns: 介護保険加入履歴, 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. Rows 1-3 for medical insurance, rows 4-6 for nursing insurance.

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

9. 口座振替申請者③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)
□ア 申請者①と同一の口座へ振込むことに同意します。 □イ 下記の口座に振込みを希望します。
氏名 預金種目 口座番号(右詰め) 口座名義(カタカナでご記入ください。)
振込先金融機関名 支店 1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金
銀行 信用組合 信用金庫
金融機関コード 店舗コード

高額介護合算療養費等支給申請書（精算用）の記入方法

高額介護合算療養費・高額医療合算介護サービス費等の精算について

計算期間の途中で、医療保険および介護保険の被保険者でなくなった場合、喪失日の前日を基準日として精算し、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。

※計算期間とは、毎年8月1日から7月31日までの12か月間です。

※精算は「死亡」「生活保護開始」「国外転出」が対象です。また計算期間中の精算は「死亡」のみです。

お持ちいただくもの

国民健康保険被保険者証、介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、自己負担額証明書、通帳、印鑑、誓約書、戸籍謄本、マイナンバーカード、身分証明書等

【 医 療 分 】

申請についての同意

申請書の記入についての同意事項を確認のうえ、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に☑してください。

1.申請者①（世帯主・擬制世帯主・その他の相続人）記入欄

精算対象者が世帯主の場合

- 世帯主の資格喪失日以降の世帯を引き継いだ世帯主（擬制世帯主）が申請者となります。また、単身世帯の被保険者が精算対象者となった場合は、相続人が申請者となります。また、相続人代表を証明するものとして「誓約書」を提出してください。
- 死亡により精算対象となった場合は、死亡日の前日を計算期間の終期に記入してください。
- 「郵便番号」、「住所」、「電話番号」は申請時点の内容を記入してください。

精算対象者が世帯員の場合

- 世帯主が申請者となります。また擬制世帯主が申請者の場合は、後期高齢者医療被保険者証を持参し後期高齢者医療被保険者番号を記入してください。
- 死亡により精算対象となる場合は、死亡日の前日を計算期間の終期に記入してください。
- 「郵便番号」、「住所」、「電話番号」は申請時点の内容を記入してください。
- 高額介護合算療養費の支給に「誓約書」は必要ありません。ただし、高額医療合算介護サービス費等については「誓約書」を提出してください。

2.世帯員記入欄

- 申請者以外の方で精算対象者の死亡日の前日時点で国保に加入されている世帯員を記入してください。
- 記入された方が、死亡日の前日までに後期高齢者医療制度に移行された場合は、後期高齢者医療被保険者番号を記入してください。
- 記入された方が精算対象者（世帯主・世帯員）または精算対象者以外なのかを口にて選択してください。
- 精算対象者の場合は、資格喪失日および喪失事由を記入してください。
- 世帯員が2名を超える場合は、精算対象者以外の方を様式2の世帯員記入欄に記入してください。

3.医療保険加入履歴欄

- 精算対象者の死亡日の前日までに医療保険者の変更がある場合は、記入してください。
- 医療保険者の異動履歴が3つを超える場合は、様式2の医療保険加入履歴記入欄に記入してください。
- 精算対象者の死亡日の前日までに他の医療保険者から異動された場合は、自己負担額証明書を提出してください。
- 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、1から3にかけて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。

4.申請者①の口座振替申出記入欄（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）

- 申請者の振込先の金融機関について記入してください。

【 介 護 分 】

5.大阪市介護保険被保険者資格記入欄

- 精算対象者の死亡日の前日時点で、大阪市介護保険に加入している被保険者の「介護保険被保険者番号」「加入期間」、「氏名」、「フリガナ」、「生年月日」、「性別」を記入してください。
- 世帯内に介護保険被保険者が3名を超える場合は、様式2の大阪市介護保険被保険者資格記入欄に記入してください。

6.介護保険加入履歴欄

- 精算対象者の死亡日の前日までに他の市町村の介護保険に加入していた場合は記入してください。
- 記入順については、1から3にかけて加入期間の古い順に記入してください。
- 介護保険者の異動履歴が3つを超える場合は、様式2の介護保険加入履歴記入欄に記入してください。
- 精算対象者の死亡日の前日までに他の市町村の介護保険から異動された場合は、自己負担額証明書を提出してください。
- 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。

7.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）

- 高額医療合算介護サービス費等を申請者①の口座へ振り込む場合は、ロアに☑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、ロイに☑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。
- 世帯内に介護保険被保険者が3名を超える場合は、様式2の口座振替申出記入欄（高額医療合算介護サービス費等）に記入してください。

【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。