様式１　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記入例

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のみを行う場合、上の□のみにチェックしてください。

７月３１日時点で大阪市国民健康保険に加入されている方の人数を記入してください。

大阪市介護保険の加入期間を記入してください。

様式１

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　（平成・令和　　年度分）

【医療分】　　枚　／　　枚　【介護分】

（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。

☐ 自己負担額証明書交付申請
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。

後期高齢者医療制度に加入されている場合は記入してください。

後期高齢者医療被保険者番号　X X X X X X X X

〔必ず裏面をお読みください〕

１．申請者記入欄
計算期間末日（７月３１日）に大阪市国民健康保険に加入している世帯主もしくは擬制世帯主の情報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、**申請時点での郵便番号、住所、電話番号を記入してください。**

受付印

受付番号

☐ 新規受付
☐ 変更
☐ 取下げ
☐ その他
（　　）

１．申請者①（世帯主・擬制世帯主）記入欄

申請日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	被保険者記号・番号	阪国 ○○ X X X X X X
フリガナ	オオサカ タロウ	生年月日	1明治 2大正 (3昭和) 4平成 XX年 XX月 XX日
氏名	大阪 太郎	続柄	1世帯主 (2擬制世帯主)
個人番号	X X X X X X X X X X X X	電話	XX-XXXX-XXXX
住所	〒○○○-○○○○ 大阪市 ○○ 区 ○○ ○丁目○番○号 ○○マンション ○○○号		
計算期間の始期及び終期	(平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日 ～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日	国保世帯構成人数	3 名

２．世帯員記入欄
国保世帯構成人数欄に記入した世帯員の資格情報を記入してください。
世帯員が３名以上の場合は様式２の世帯員記入欄に記入してください。

２．世帯員記入欄

②	フリガナ	オオサカ ハナコ	生年月日	(3 昭和) 4 平成 XX年 XX月 XX日
	氏名	大阪 花子		後期高齢者医療被保険者番号
	個人番号	X X X X X X X X X X X X		
②	フリガナ	オオサカ イチロウ	生年月日	(3 昭和) 4 平成 XX年 XX月 XX日
	氏名	大阪 一郎		後期高齢者医療被保険者番号
	個人番号	X X X X X X X X X X X X		

３．医療保険加入履歴欄
計算期間内に医療保険の変更がある場合は、加入期間の古い順に、「医療保険者名称」、「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。
自己負担額証明書は申請書とあわせて提出してください。
加入履歴が３つを超える場合は、様式２の医療保険加入履歴欄に記入してください。
擬制世帯主の方及び７月３１日時点で後期高齢者医療制度に加入されている方は記入の必要はありません。

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。）

			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	①	1		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		2		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
	②	1	○○町国民健康保険	(平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日	XXXXXXXX
		2		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
	③	1	○○○健康保険組合	(平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日	XXXXXXXX
		2	○○町国民健康保険	(平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日	XXXXXXXX
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	

４．口座振替申出記入欄
申請者の金融機関口座

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）

振込先金融機関名	○○○	(銀行) 信用組合 信用金庫	○○○	支店	預金種目 (1 普通預金) 2 当座預金 4 貯蓄預金
金融機関コード	X X X X	店舗コード	X X X		口座番号（右詰め） X X X X X X X
					口座名義（カタカナでご記入ください。） オオサカ タロウ

５．大阪市介護保険被保険者資格記入欄

①	介護保険被保険者番号		加入期間 平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日 昭和 年 月 日
	氏名		
	個人番号		
②	介護保険被保険者番号	X X X X X X X X X X	加入期間 (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日
	フリガナ	オオサカ ハナコ	生年月日 昭和 XX年 XX月 XX日
	氏名	大阪 花子	
	個人番号	X X X X X X X X X X X X	
③	介護保険被保険者番号		加入期間 平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日 昭和 年 月 日
	氏名		
	個人番号		

５．大阪市介護保険資格記入欄
７月３１日時点で世帯内の大阪市介護保険に加入されている方の資格情報を記入してください。
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。
擬制世帯主の方及び７月３１日時点で後期高齢者医療制度に加入されている方は記入の必要はありません。

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	①	1		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		2		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
	②	1	○○町介護保険	(平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日～ (平成) 令和 XX 年 XX 月 XX 日	XXXXXXXX
		2		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
	③	1		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		2		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	
		3		平成 令和 年 月 日～ 平成 令和 年 月 日	

３．介護保険加入履歴欄
計算期間内に介護保険の変更がある場合は、加入期間の古い順に、「介護保険者名称」、「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。
自己負担額証明書は申請書とあわせて提出してください。
加入履歴が３つを超える場合は、様式２の介護保険加入履歴欄に記入してください。
擬制世帯主の方及び７月３１日時点で後期高齢者医療制度に加入されている方は記入の必要はありません。

７．口座振替申出記入欄
高額医療合算介護サービス費等を申請者の口座に振込む場合はアの☐にチェックし、**被保険者本人が署名・捺印してください。**

申請者以外の口座に振込む場合は、イの☐にチェックし、**被保険者本人が署名・捺印のうえ振込先の金融機関について記入してください。**

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）

②	☐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 大阪 花子
	振込先金融機関名	○○○	(銀行) 信用組合 信用金庫 ○○○ 支店	預金種目 (1 普通預金) 2 当座預金 4 貯蓄預金
	金融機関コード	X X X X	店舗コード X X X	口座番号（右詰め） X X X X X X X
				口座名義（カタカナでご記入ください。） オオサカ ハナコ
③	☐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
	振込先金融機関名		銀行 信用組合 信用金庫 支店	預金種目 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	口座番号（右詰め）
				口座名義（カタカナでご記入ください。）

ゆうちょ銀行に振込む場合は、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。
店舗コード等が分からない場合は、窓口でお尋ねください。