

様式2 記入例

世帯員が2名を超える場合に一人1枚ずつ記入してください。

記入方法については様式1の記入例を参照してください。

様式2

枚 / 枚

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	〇〇	XXXXXX							
後期高齢者医療被保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

様式1の申請者①記入欄に記入している申請者の被保険者番号等を記入してください。

2. 世帯員記入欄

フリガナ	オオサカ ジロウ	生年月日	3 昭和	XX年 XX月 XX日	後期高齢者医療被保険者番号
氏名	大阪 次郎	4 平成			
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（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	〇〇町国民健康保険	平成XX年XX月XX日～平成XX年XX月XX日	XXXXXXXXXX
		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	X X X X X X X X X X	加入期間	平成XX年XX月XX日～平成XX年XX月XX日
フリガナ	オオサカ ジロウ	生年月日	昭和 XX年 XX月 XX日
氏名	大阪 次郎		
個人番号	X X X X X X X X X X X X		

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	〇〇町介護保険	平成XX年XX月XX日～平成XX年XX月XX日	XXXXXXXXXX
		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 checked="" 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	大阪 次郎		
振込先金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫	預金種目	口座番号 (右詰め)		
金融機関コード	支店	1 普通預金	口座名義 (カタカナでご記入ください。)		
	店舗コード	2 当座預金			
		4 貯蓄預金			

〔必ず裏面をお読みください〕