

様式3 高額介護合算療養費等支給申請書（精算用）記入例

様式3

高額介護合算療養費等支給申請書（精算用）

(平成・令和 年度分)

【医療分】

(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。

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 XX 年 XX 月 XX 日 | 被保険者記号・番号 | 阪国 |
| フリガナ | オオサカ サヲウ | | |
| 氏名 | 大阪 三郎 | | |
| 個人番号 | X X X X X X X X X X | 電話 | XX-XXXX-XXXX |
| 住所 | 〒000-0000 大阪市 〇〇 区 〇〇 丁目 〇番 〇号 〇〇マンション 〇〇〇号 | | |
| 計算期間の始期及び終期 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 | 国保世帯構成人数 2 名 |

2. 世帯構成記入欄

| | | | |
|--|---------------------|--------------------|-------------------|
| フリガナ | オオサカ ゴロウ | | |
| 氏名 | 大阪 五郎 | | |
| 個人番号 | X X X X X X X X X X | 資格喪失日 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 精算対象者 (<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員) | | 精算事由 1: 死亡 3: 国外転出 | |
| <input type="checkbox"/> 精算対象者以外 | | 2: 生活保護開始 | |

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 |
|----------|-----------|---------------------------------------|-----------------|
| ① | 〇〇市国民健康保険 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 XX 年 XX 月 XX 日 | XXXXXXXXXX |
| ② | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| ③ | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |

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 | 〇〇〇 | 支店 | 1 普通預金 |
| 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 X | 口座名義(カタカナでご記入ください。) | オオサカ サヲウ |

【必ず裏面をお読みください】

精算対象者の資格喪失日の前日までの大阪市介護保険の加入期間を記入してください。

枚 / 枚

5. 大阪市介護保険被保険者資格記入欄

【介護分】

| | | |
|------------|------|---------------------|
| 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 | 昭和 年 月 日 |
| 個人番号 | | |

| | | | |
|------------|---------------------|------|---------------------------------------|
| 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 ゴロウ | | |
| 氏名 | 大阪 五郎 | | |
| 個人番号 | X X X X X X X X X X | | |

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 |
|----------|-----------|---------------------------------------|-----------------|
| ① | 〇〇市介護保険 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 XX 年 XX 月 XX 日 | XXXXXXXXXX |
| ② | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| ③ | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |

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）

| | | | |
|---|---|----|--------|
| <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 | |
| 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 |

1. 申請者記入欄
世帯主が精算対象者の場合、申請者（世帯を引き継いだ世帯主もしくは擬制世帯主）の申請時点の資格情報を記入してください。
世帯員が精算対象者の場合、世帯主もしくは擬制世帯主の申請時点での資格情報を記入してください。

計算期間の終期には資格喪失日の前日を記入してください。

2. 世帯構成記入欄
精算対象者の資格喪失日前日の世帯員の資格情報を記入してください。

記入した世帯員が精算対象者の場合は 精算対象者にチェックし、資格喪失日を記入してください。

3. 医療保険加入履歴欄
精算対象者の資格喪失日前日までに医療保険の変更がある場合は記入してください。

申請者の金融機関口座内容を記入してください。

5. 大阪市介護保険資格記入欄
精算対象者の資格喪失日の前日に世帯内で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。

3. 介護保険加入履歴欄
精算対象者の資格喪失日の前日までに介護保険の変更がある場合は記入してください。

7. 口座振替申出記入欄
精算対象者の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に、申請者以外の口座に振込む場合はイにチェックし、**被保険者本人が署名・捺印のうえ口座情報を記入してください。**

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。