

# 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

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)			3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	
フリガナ				生年月日	明 大 昭	年 月 日 生	性別	個人番号 (マイナンバー)
氏名								計算期間の始期及び終期
後期高齢者医療資格情報								
保険者番号	被保険者番号			広域連合名称			加入期間	
39270004				大阪府後期高齢者医療広域連合			年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保険資格情報								
保険者番号	被保険者番号			保険者名称			加入期間	
							年 月 日 ~ 年 月 日	
国民健康保険資格情報								
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号		続柄	保険者名称		加入期間	
口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(カタカナ)	振込先口座管理番号
				本店 支店 出張所	1.普通預金 2.当座預金 9.貯蓄預金		口座名義人(漢字)	
保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号		資格喪失日	備考欄
保険者加入歴	1						平成 年 月 日	3927
	2						資格喪失事由	
	3						1.死亡	
	4						2.海外移住	
	5						3.生活保護受給	

市長 宛  
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

**太枠で囲まれたところについて、記入・押印してください。なお、口座名義人を被保険者本人以外にされる場合は、裏面(誓約書または委任状)への記入・押印も必要になりますのでご確認ください。**

年 月 日			
郵便番号	住所		
申請者氏名	印		
電話番号			
人中	人目	枚中	枚目

※ この誓約書は、被保険者の方がお亡くなりになられている場合に、ご記入ください。

なお、【誓約者】欄には、振込み口座名義人と同じ方をご記入ください。

また、【被保険者(死亡時)】欄には、被保険者本人の死亡時の住所氏名を記入してください。

※ この委任状は、被保険者本人以外の口座に振り込みを希望される場合に、

ご記入ください。また、【委任者】欄には、被保険者本人の方をご記入ください。

## 誓 約 書

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長

市・区・町・村長

【誓約者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者との続柄 ( )

被保険者の死亡により、高額医療・高額介護合算制度の申請、請求および受領に関し、私が相続人を代表して行い、一切の責任を負うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、情報提供することを了承します。

【被保険者(死亡時)】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 委 任 状

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長

市・区・町・村長

高額医療・高額介護合算制度に要した費用の申請、請求および受領に

関する一切の権限を( )に委任します。

【委任者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印