

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)		4.死亡・海外移住等計算期間中申請	
フリガナ				明大昭	年	月	日生	性別	個人番号 (マイナンバー)
氏名				生年月日	年	月	日生	性別	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	
								年 月 日 ~ 年 月 日	
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	本店支店出張所	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
						1.普通預金 2.当座預金 9.貯蓄預金		口座名義人(漢字)	
保険者加入歴	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	
	1						平成 年 月 日		
	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	3927		

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	
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