

申請対象年度	令和4年度	(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	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	オオサカ ハナコ	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
氏名	大阪 花子	生年月日		
保険者番号	39270004	① 被保険者の氏名(フリガナ)をご記入ください。		
保険者番号		② 口座情報をご記入ください。 ・ゆうちょ銀行の場合は、銀行名を「ゆうちょ」と記入し、支店名に3ケタの漢数字をご記入ください。(支店名がご不明の場合は、記号・番号をそのまま記入してください。) ・農協(JAバンク)の場合は、加入されている「農業協同組名」を記入してください。 ・死亡の場合は法定相続人の口座情報をご記入ください。 ・被保険者本人名義以外の口座を記入される場合は、裏面の委任状にご記入ください。		
国民健康保険資格情報				
保険者番号	被保険者記	被保険者番号	続柄	保険者名称
加入期間				
口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目
01	〇〇〇	△△△	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(カタカナ)	オオサカ ハナコ			振込先口座管理番号
口座名義人(漢字)	大阪 花子			
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 堺市	令和4年8月1日 ~ 令和5年2月28日			
2				
3				
4				
5				
④ 保険者加入歴に記載がある場合は、介護保険自己負担額証明書の交付申請が必要ですので、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても支給を申請する場合は、左下の②とはいを丸で囲んでください。 他府県からの転入の場合は、転入前の後期高齢者医療広域連合名及び市町村名(介護保険)をご記入ください。				
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。				
※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。はい/いいえ				
太枠で囲まれたところについて、記入してください。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)への記入も必要になりますのでご確認ください。				
⑤ 申請者欄へご記入ください。 ・本人(または法定代理人)の署名をお願いします。 ・死亡の場合は誓約者(法定相続人)の署名をお願いします。 また、裏面の誓約書にご記入ください。				
年 月 郵便番号 540-8790 住所 大阪府大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号				
申請者氏名 大阪 花子				
電話番号 06-4790-2031				
1 注意事項 ・支給申請書は被保険者ごとに1枚記入してください。				

