

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			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					生年月日			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			～									
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									
								～									
国民健康保険資格情報																	
保険者番号		被保険者記号		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		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	
										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									年 月 日		1.死亡 2 海外移住 3 生活保護受給				
		2									資格喪失事由						
		3															
		4															
5																	

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。

※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。

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、振り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。
※ 申請者(誓約者)が手書きしない場合は【誓約者】欄に記名押印してください。

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

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

※ 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。
※ 申請者(委任者)が手書きしない場合は【委任者】欄に記名押印してください。

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