

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請者の住所、氏名を記入してください。

・申請年月日を記入してください。
・郵送の場合は、ポストに投函する日を記入してください。

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 (宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合 京都市 区 京都市中京区〇〇〇		令和3年 4月 1日
申請者の住所	京都市中京区〇〇〇	申請者の氏名 京都 太郎

被保険者番号、個人番号(マイナンバー)、住所、電話番号、氏名、生年月日、性別を記入してください。

申請者と被保険者が同じ場合は「申請者と同じ」にチェックを入れることで、住所・氏名の記載を省略することができます。

1 下記の者について、高額医療合算介護予防サービス費及び高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給を受けようとする者(申請者)と、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給を受ける者(被保険者)が同じ場合は「申請者と同じ」にチェックを入れることで、住所・氏名の記載を省略することができます。

被保険者番号	10001-000000999988887777	個人番号	999988887777
--------	--------------------------	------	--------------

申請対象年度の8月1日から7月31日を記入してください。

被保険者	住所 (☑申請者と同じ)	電話	075-111-1111
	フリガナ	生年月日	昭和20年1月1日
	氏名 (☑申請者と同じ)	性別	男
		計算期間	平成29年8月1日 ~ 平成30年7月31日

上述の計算期間欄と同じ期間を記入してください。

上述の計算期間の末日(7月31日)時点の加入医療保険の名称にチェックを入れてください。

京都市介護保険の加入期間	令和元年 8月 1日 ~ 令和2年 7月 31日
7月31日時点で加入している医療保険者の名称	<input type="checkbox"/> 京都府後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 京都市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の医療保険 (名称及び所在地)

上述の計算期間内における医療保険の被保険者番号等を記入してください。

医療保険における被保険者番号又は記号番号	京160000-1111
医療保険の加入期間	令和元年 8月 1日 ~ 令和2年 7月 31日

上述の計算期間欄と同じ期間を記入してください。

医療保険における世帯構成を記入し、性別、生年月日、介護保険被保険者番号を記入してください。

7月31日時点で加入している医療保険における世帯構成	世帯員の氏名	性別	生年月日	世帯員の介護保険被保険者番号
	京都花子	女	昭和21年1月1日	100001-000009

上述の計算期間内に医療保険が変更となっている場合は、保険者名、加入期間を記入してください。

空欄

保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費等を下記の口座に振り込んでください。

金融機関コード	1111	店舗コード	111	種別	1 普通	口座番号	0012345
	平安 銀行		烏丸 本店		2 当座		
	信用組合		支店		3 貯蓄		
口座名義人	フリガナ	キョウトタロウ					
	漢字	京都太郎					

ご本人の振込口座を記入してください。

(次の欄は、決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

上記の申請について、自己負担額証明書の発行を行います。

起案	令和 年 月 日	決定	令和 年 月 日	長	長	員
----	----------	----	----------	---	---	---