

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

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。

京都府 高齢者医療広域連合長	令和 〇年 〇月 〇日
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。

被保険者番号	個人番号
1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7	
住所 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ)	計算期間 令和〇年 8月1日 ~ 令和〇年 7月31日

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。

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。

京都府 加入医療保険	<input type="checkbox"/> 京都府後期高齢者医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 京都市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の医療保険
医療保険における被保険者番号又は記号番号	京 1 6 0 0 0 0 - 1 1 1 1

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。

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月加入医療保険の世帯構成	令和〇年 8月1日 ~ 令和〇年 7月31日	
世帯員の氏名	生年月日	世帯員の介護保険被保険者番号
京都花子	S21年1月1日	1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 9

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	

本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	店舗コード	種別	口座番号
1 1 1 1	1 1 1	① 普通	0 0 1 2 3 4 5
平安 銀行 信用組合	烏丸 本店 出張所	2 当座	
		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	

(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。)

ご本人の振込口座を記入してください。

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
課長	係長
	係員