

決 裁 欄	事務局次長	係長	係長	区分	70歳未満	上位所得者	一般		低所得者	
					70歳以上	現役並み所得者	一般	低所得者Ⅰ	低所得者Ⅱ	
					給付額決定年月日			令和	年	月
共 済 組 合 計 算 欄										
保険者名称	加入履歴番号	対象者氏名	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
			70歳以上負担額	70歳以上按分率	①に係る支給額	70歳未満負担額	④+(①-③)	按分率	⑤に係る支給額	③+⑦
支給額合計										
大阪市職員共済組合支給分計(再掲)										

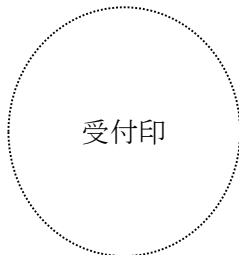
### 高額介護合算療養費支給請求書兼自己負担額証明書交付申請書(1枚中の1枚)

■大阪市職員共済組合に高額介護合算療養費の請求をする □他の医療保険者に請求するため自己負担額証明書の交付申請をする

組 合 員 記 入 欄	申請対象年度	平・令	年度	対象となる計算期間	平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日まで	
	組合員証の記号・番号	1 — 1234567			所属所名称	総務局							
	フリガナ	キョウサイ タロウ			生年月日	昭	年	月	日生	性別	男・女		
	申請者氏名	共済 太郎			大阪市職員共済組合加入期間	昭	年	月	日から	平・令	年	月	日まで
	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 (自己負担額証明書交付申請の場合のみ記入)												
	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							
		1	L市国民健康保険	平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日まで	20081234567812345678	
		2		平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日まで		
	3		平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日まで			
	※ 被扶養者の加入状況、大阪市職員共済組合における受診歴は裏面に記入となります。												
上記のとおり、請求します。 令和 年 月 日													
住所 大阪市北区中之島〇-〇-〇													
氏名 共済 太郎													
連絡先(電話番号)													
大阪市職員共済組合理事長あて													

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日

所属機関の長 職名 \_\_\_\_\_  
 又は所属所長 氏名 \_\_\_\_\_



被扶養者加入状況

組 員 記 入 欄	フリガナ		キョウサイ ハナコ			生年月日	昭平令	〇年	〇月	〇日生	性別	男・女						
	被扶養者氏名		共済 花子			大阪市職員共済組合加入期間	昭平令	〇年	〇月	〇日	昭平令	〇年	〇月	〇日	昭平令	〇年	〇月	〇日
	保険者加入歴	保険者名		加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要										
		4	L市国民健康保険	平令	〇年	〇月	〇日から	組合員(被保険者)	20081111111111111111									
		5	L市介護保険	平令	〇年	〇月	〇日まで	被扶養者										
	6	加入当時の区分を記入してください。 国保の場合は、世帯主であれば組合員、それ以外であれば被扶養者としてください。																
	フリガナ		キョウサイ イチロウ			生年月日	昭平令	〇年	〇月	〇日生	性別	男・女						
	被扶養者氏名		共済 一郎			大阪市職員共済組合加入期間	昭平令	〇年	〇月	〇日	昭平令	〇年	〇月	〇日				
	保険者加入歴	保険者名		加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要										
		7	N町国民健康保険	平令	〇年	〇月	〇日から	組合員(被保険者)	20089999999999999999									
		8	N町介護保険	平令	〇年	〇月	〇日まで	被扶養者										
	9		平令	年	月	日から	組合員(被保険者)	20089876543298765432										
フリガナ					生年月日	昭平令	年	月	日生	性別	男・女							
被扶養者氏名					大阪市職員共済組合加入期間	昭平令	年	月	日	昭平令	年	月	日					
保険者加入歴	保険者名		加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要											
	10		平令	年	月	日から	組合員(被保険者)	高額療養費等支給後の、 世帯で実質負担している 額を記入してください。										
	11		平令	年	月	日まで	被扶養者											
12		平令	年	月	日から	組合員(被保険者)	額を記入してください。											

大阪市職員共済組合加入期間における受診歴(共済組合保有データとの照合に使用します)

組	診療年月	受診者	自己負担額	受診医療機関	備考
合 員 記 入 欄	平令 年 8月		円		
	平令 年 9月		円		
	平令 年 10月		円		
	平令 年 11月		円		
	平令 年 12月		円		
	平令 年 1月		円		
	平令 年 2月		円		
	平令 年 3月		円		
	平令 〇年 4月	共済太郎・花子	50,038円	〇〇病院・××医院	
	平令 〇年 5月	共済一郎	12,000円	△クリニック・□病院	
	平令 〇年 6月	共済一郎	19,400円	△クリニック	
	平令 〇年 7月	共済花子・一郎	50,053円	××医院・△クリニック	

- 自己負担額証明書交付申請の場合、保険者加入歴の記入は不要です。
- 被扶養者の欄については、計算期間の末日(基準日)において在籍している被扶養者について記入してください。
- 医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
- 介護保険については、計算期間内の全ての加入履歴について記入してください。ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
- 加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください)
- 大阪市職員共済組合加入期間の自己負担額証明書については、添付は不要です。
- 以前、大阪市職員共済組合の組合員であった方が基準日において共済組合の被扶養者である場合も自己負担額証明書の添付は不要です。
- 共済組合、健康保険等の被扶養者が受けた診療は組合員(被保険者等)が負担したとみなされるため、被扶養者の自己負担はありません。
- 国民健康保険においては、当該世帯に属するものが受けた診療は世帯主が負担したとみなされるため、世帯主以外の方の負担はありません。
- 被扶養者数や受診歴(初年度のみ)が欄を超える場合は、請求書を必要枚数記入してください。