



被扶養者加入状況

|                       |        |   |                                  |                                     |                      |    |              |
|-----------------------|--------|---|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----|--------------|
| 組<br>員<br>記<br>入<br>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          |
|                       | 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 | 〇日から<br>〇日まで |
|                       | 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<br>※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<br>平・令 〇年 〇月 〇日まで | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   |                      |    |              |
|                       | 5      | L市介護保険  | 平・令 〇年 〇月 〇日から<br>平・令 〇年 〇月 〇日まで | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   | 20081111111111111111 |    |              |
|                       | 6      | 加入当時の区分を記入してください。<br>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。 |                                  |                                     |                      |    |              |
| 組<br>員<br>記<br>入<br>欄 | 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          |
|                       | 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 | 〇日から<br>〇日まで |
|                       | 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<br>※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<br>平・令 〇年 〇月 〇日まで | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   | 20089999999999999999 |    |              |
|                       | 8      | N町介護保険  | 平・令 〇年 〇月 〇日から<br>平・令 〇年 〇月 〇日まで | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   | 20089876543298765432 |    |              |
|                       | 9      |   | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで       | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   |                      |    |              |
| 組<br>員<br>記<br>入<br>欄 | フリガナ   |   | 生年月日                             | 昭・平・令                               | 年                    | 月  | 日生           |
|                       | 被扶養者氏名 |   | 大阪市職員共済組合加入期間                    | 昭・平・令                               | 年                    | 月  | 日から<br>日まで   |
|                       | 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<br>※区分が被扶養者の場合は記入不要 |                      |    |              |
|                       | 10     |   | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで       | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   |                      |    |              |
|                       | 11     |   | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで       | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   |                      |    |              |
|                       | 12     |   | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで       | 組合員(被保険者)<br>被扶養者                   |                      |    |              |

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) **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。**

| 組<br>員<br>記<br>入<br>欄 | 診療年月      | 受診者     | 自己負担額   | 受診医療機関      | 備考 |
|-----------------------|-----------|---------|---------|-------------|----|
| 組<br>員<br>記<br>入<br>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。