

# 高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、2枚目をご覧ください。また、訂正がある場合は申請者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。申請者以外の訂正是認められません。

|      |   |  |        |       |           |                 |    |    |
|------|---|--|--------|-------|-----------|-----------------|----|----|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 |  | 申請対象年度 | 令和 年度 | 対象となる計算期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 枚中 | 枚目 |
|      | <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。  |  |        |       |           |                 |    |    |

|             |              |      |                 |                            |  |                                  |                 |                 |                 |
|-------------|--------------|------|-----------------|----------------------------|--|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| フリガナ        |              |      |                 |                            |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※1 | 保険者名            | 加入期間            | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| 被保険者(申請者)氏名 |              |      |                 |                            |  |                                  | 1               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 被保険者(申請者)住所 | 〒 - 電話 ( )   |      |                 |                            |  |                                  | 2               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 生年月日        | 昭・平・令 年 月 日生 | 性別   | 男・女             |                            |  | 3                                | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |                 |
| 被保険者等記号・番号  | 一            | 加入期間 | 年 月 日から 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 ※2 |  |                                  |                 |                 |                 |

|        |                 |    |     |  |  |                                  |                 |                 |                 |
|--------|-----------------|----|-----|--|--|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| フリガナ   |                 |    |     |  |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※3 | 保険者名            | 加入期間            | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| 被扶養者氏名 |                 |    |     |  |  |                                  | 1               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 生年月日   | 昭・平・令 年 月 日生    | 性別 | 男・女 |  |  |                                  | 2               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |     |  |  | 3                                | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |                 |

|        |                 |    |     |  |  |                                  |                 |                 |                 |
|--------|-----------------|----|-----|--|--|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| フリガナ   |                 |    |     |  |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※3 | 保険者名            | 加入期間            | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| 被扶養者氏名 |                 |    |     |  |  |                                  | 1               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 生年月日   | 昭・平・令 年 月 日生    | 性別 | 男・女 |  |  |                                  | 2               | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |     |  |  | 3                                | 年 月 日から 年 月 日まで |                 |                 |

給付金振込先選択欄 **※希望する振込先に☑をご記入ください**

|                          |           |                                |  |  |
|--------------------------|-----------|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 会社振込      | 私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。 |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 個人(請求者)口座 | 被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。      |  |  |

申請年月日 令和 年 月 日

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を必ず添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

|                              |                |  |  |                             |  |          |       |  |
|------------------------------|----------------|--|--|-----------------------------|--|----------|-------|--|
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関   | 銀行・農協<br>信金・信組 |  |  |                             |  | 本店<br>支店 | 預金種別  |  |
|                              |                |  |  |                             |  |          | 普通・当座 |  |
| 金融機関コード                      |                |  |  | 店番号<br>(ゆうちょ銀行の場合は5ヶタの通帳記号) |  |          |       |  |
| 口座番号<br>(ゆうちょ銀行の場合は8ヶタの通帳番号) |                |  |  | フリガナ                        |  |          |       |  |
|                              |                |  |  | 口座名義                        |  |          |       |  |

(備考欄)

受付日付印

マイナポータル等で事前登録した「公金受取口座」を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は上記「支払金融機関」を記入)

|               |  |
|---------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者 |  |
|---------------|--|

# 高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書 記入上の注意事項

## 1. 申請区分について

(1)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□をしてください。

(2)高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみ□をしてください。

## 2. 被保険者(申請者)に係る記入欄について

(1)自己負担額証明書の交付申請を行う場合、「※1」欄は記入せず「※2」欄のみ記入してください。

(2)高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合)、「※2」欄は記入せず「※1」欄のみ次のとおり記入してください。

・医療保険…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…計算期間内のすべ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。

・自己負担額証明書…その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、

「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

## 3. 被扶養者に係る記入欄について

(1)自己負担額証明書の交付申請を行う場合、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。この場合は「※3」欄は記入不要です。

(2)高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合)、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。この場合、「※3」について次のとおり記入してください。

・医療保険…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…計算期間内のすべ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。

・自己負担額証明書…その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、

「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

## 4. 給付金振込先選択欄について

希望する振込先に□を記入してください。

・個人(請求者)口座を選択した方は「支払金融機関」を記入してください。

・マイナポータル等で、ご自身で事前登録済の「公金受取口座」を利用する方は給付金振込先選択欄は記入せず、「マイナポータル等で～」の欄に□のみ入れてください。

## 5. 備考欄について

申請者およびその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。

他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。

## 6. 記入欄が不足する場合について

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。

その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

## 7. 添付書類について

### ■自己負担額証明書(計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合)

申請者および計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合、次のこと注意し「自己負担額証明書」を添付してください。

### ・健康保険・船員保険・共済組合

被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したものとして取り扱われます。被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

### ・国民健康保険

その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものとして取り扱われます。

世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

※対象となる計算期間中に当組合の被保険者期間がある場合、当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。

なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。

### ■非課税証明書等(計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合)

基準日(計算期間の末日)の属する年度の前年度分の市区町村民税が非課税の場合は、非課税証明書等の証明書類を添付してください。

ただし、被保険者が計算期間の中途中で死亡した等により基準日を前年8月1日から3月31日のいずれかの日を基準とみなした場合は、当該基準日とみなした日の属する年度分の証明書類を添付してください。