

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

計算期間の始期がH26年8月～の場合、26年度となります。

いずれか1つに○

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

申請対象年度	〇〇 年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 新規	<input type="radio"/> 2. 変更	<input type="radio"/> 3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	-------	------	--	-----------------------------	------------------------------	-----------	-----------	--

申請形態	<input checked="" type="radio"/> 1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)	<input type="radio"/> 2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)	<input type="radio"/> 3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)	<input type="radio"/> 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
------	---	--	---	--

フリガナ	ヒホケンシャエー				個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										
氏名	被保険者A				生年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別	〇	計算期間の期及び終期	〇〇年	〇〇月	～	〇〇年	〇〇月

年度の末日時点(7月31日)を計算基準日として申請を行う場合は、「1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)」上記以外を計算基準年月日とする場合は、2～4を選択。

国民健康保険資格情報				
被保険者証番号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで

この番号は市町村の保険者番号ではなく、広域連合の保険者番号になります。

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
39080007	12345678	茨城県後期高齢者医療広域連合	〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで

全項目必須

申請にあたって必須項目です

申請書右下の○枚目と同じ数字が入る。  
例 1枚目なら1  
2枚目なら2

介護保険資格情報				
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間	
123456	1234567890	〇〇市	〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで	

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(フリガナ)	振込先口座管理番号
<input checked="" type="radio"/> 1. 窓口払い <input type="radio"/> 2. 口座振込	1	〇〇	信用金庫 信用組合 協同組合	9 9 9 9	△△	9 9 9	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	9 9 9 9 9 9 9 9	ヒホケンシャエー	

保険者加入歴	1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	2		年 月 日から 年 月 日まで		
	3		年 月 日から 年 月 日まで		
			年 月 日から 年 月 日まで		

当申請の計算期間内に、上記以外の保険者に加入していた場合または75歳到達前に入っていた保険を記入。

全項目必須となります

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
 茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて 〇〇市長 あて

① 上記対象者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給を申請します。 郵便番号 〇〇〇〇 住所 〇〇〇〇  
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 申請代表者 氏名 被保険者A 電話番号 〇〇〇〇

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、  
 当支給申請にあたり、委任したい事項がある場合に、記入いただく欄です。委任事項が無い場合は記入不要です。委任者の本人確認ができる場合は押印省略可。

委任欄  
 私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る  申請 ・  受領 に関する一切の権限を委任します。 人中 人目 枚中 枚目  
 委任者氏名 \_\_\_\_\_ 印 住所 \_\_\_\_\_

## ご記入上の注意事項等

### 1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。  
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入暦欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。  
例）口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
  - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者  
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
  - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者  
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
  - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）  
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

### 2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

## 保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。  
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”（退職者医療に係るものは“67”）とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）  
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。