

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

支給申請書整理番号		枚	中		枚	目
-----------	--	---	---	--	---	---

申請対象年度	年度	対象となる 計算期間	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで
--------	----	---------------	----------	---	---	-----	----------	---	---	-----

申請者	被保険者 記号番号	-	氏名							
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日	性別	男・女	
	加入期間	昭和 平成 令和	年	月	日から	昭和 平成 令和	年	月	日まで	

事業所	名称									
	所在地									

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
	1		昭和・平成・令和	年	月	日から	
	2		昭和・平成・令和	年	月	日まで	
	3		昭和・平成・令和	年	月	日から	
			昭和・平成・令和	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

被保険者の 名義 金融機関	銀行	本店	種別	口座番号	7ケタで記入			
	信用金庫			普通	口座名義			
	信用組合	支店	当座	(カタカナ)				
	農協							

被扶養者	氏名(続柄)	()								
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日	性別	男・女	
	加入期間	昭和 平成 令和	年	月	日から	昭和 平成 令和	年	月	日まで	

保険者 加入 歴 ※3	保険者名		加入期間				添付の自己負担額 証明書整理番号
	1		昭和・平成・令和	年	月	日から	
	2		昭和・平成・令和	年	月	日まで	
	3		昭和・平成・令和	年	月	日から	
			昭和・平成・令和	年	月	日まで	

被扶養者	氏名(続柄)	()								
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日	性別	男・女	
	加入期間	昭和 平成 令和	年	月	日から	昭和 平成 令和	年	月	日まで	

保険者 加入 歴 ※3	保険者名		加入期間				添付の自己負担額 証明書整理番号
	1		昭和・平成・令和	年	月	日から	
	2		昭和・平成・令和	年	月	日まで	
	3		昭和・平成・令和	年	月	日から	
			昭和・平成・令和	年	月	日まで	

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

※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。

住所 申請者氏名 電話番号

〒 - -

①のみを丸で囲んで下さい。

備考

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支払日付印	受付日付印

ご記入上の注意事項

1. 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は、※1は記入不要です。※2について記入して下さい。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は※2は記入不要です。※1について次のとおり記入して下さい。
 - ・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下さい。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入して下さい。
但し、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。
 - ・自己負担額証明書については、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、その場合「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入して下さい。

2. 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は、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下さい。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は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下さい。
この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入して下さい。
 - ・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下さい。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入して下さい。
但し、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。
 - ・自己負担額証明書については、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、その場合「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入して下さい。

3. 備考欄について

備考欄については、申請者及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、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診履歴(受診した年月)を記入して下さい。
(他の医療保険に加入していた期間の受診履歴については記入不要です。)

4. その他

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

※ 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請)

申請者及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には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。

・被扶養者として受診した医療機関の自己負担額は、その者を扶養する被保険者が負担したものと取り扱われません。そのため、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。

この場合には「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入して下さい。

・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における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入して下さい。

(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下さい。)

↑ 基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載