

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

申請対象年度	年度	申請区分	支給申請書整理番号																	
--------	----	------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ	個人番号										生年月日				計算期間の始期及び終期			
氏名											年 月 日生				年 月 ~ 年 月			

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号・枝番	続柄	保険者名称	加入期間
138057				文京区	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

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
	<input type="checkbox"/> 被保険者証交付なし		<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 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	支店	出張所	店舗コード	種目	口座番号(右づめ)	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込			信用金庫 信用組合						1. 普通 2. 当座 3. ( )		口座名義人	

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		年 月 日から	年 月 日まで	—	—	<input type="checkbox"/> 添付なし	
	2		年 月 日から	年 月 日まで	—	—	<input type="checkbox"/> 添付なし	
	3		年 月 日から	年 月 日まで	—	—	<input type="checkbox"/> 添付なし	

備考欄	
-----	--

文京区長 殿

- 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(介護予防)サービス費)の支給を申請します。
- 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。

- ※ 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○で囲んでください。
- ※ 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(介護予防)サービス費)の支給申請を行う場合、1のみを○で囲んでください。

注) 国保分の支給額を世帯主以外の口座に振込希望するときは、世帯主自筆の委任状が必要です。  
 注) 介護分の支給額を被保険者本人以外の口座に振込希望するときは、被保険者本人自筆の委任状が必要です。

〒 年 月 日  
 住所 電話番号

申請者氏名

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

窓口に来た人 世帯主・同一世帯員・代理人

氏名 続柄

連絡先電話番号

	枚中		枚目
--	----	--	----

## ご記入上の注意事項

### 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（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にある「2. 擬制世帯主」とは、世帯員が国民健康保険の被保険者であるが、世帯主は国民健康保険の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間中に加入する医療保険（介護保険）に変更があつたときは、保険者加入歴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）及び加入期間を記載してください。この場合において、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ときは、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ときは、「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、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 国民健康保険における高額介護合算療養費は世帯主及び世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に、介護保険における高額医療合算介護（介護予防）サービス費は原則として被保険者本人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。
- (6) 介護保険における高額医療合算介護（介護予防）サービス費について、複数名の支給額の同一口座への振込を希望するときは、被保険者本人の振込口座記載欄（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。
- (7) 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健康保険組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
    - ・健康保険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
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、申請書が複数枚に渡るときは、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、保険者の名称及び加入期間）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割となつ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（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ください（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。