

## 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

\* 記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	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
------	---	--------	-------	-----------	-----------------	----	----

被保険者等 記号・番号	—	加入 期間	年 月 日から 年 月 日まで	7月31日(基準日)において加入する医療保険者の名称※1	
----------------	---	----------	--------------------	------------------------------	--

被保険者の マイナンバー※2	*マイナンバーによる情報連携を希望される方は、左欄にマイナンバーを記入していただき、申請日現在、当組合の資格を喪失されている場合は、本人確認のための必要書類を添付してください。(裏面参照)				
-------------------	--	--	--	--	--

フリガナ				保険者	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)の氏名	(相続人からの申請の場合は被保険者の氏名: )			1		年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者 (申請者)の住所	〒 — 電話 ( )			2		年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭・平・令	年	月 日	性別	男・女	※3	年 月 日 から 年 月 日 まで

フリガナ				保険者	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	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	※4

フリガナ				保険者	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	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	※4

備考		受取代理人の欄	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(申請者) 令和 年 月 日 住 所 氏 名	代理人の氏名	被保険者(申請者)との関係
				代理人の住所・電話番号	
				〒 — 電話 ( )	

振込先	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・ その他( )	口座番号					口座 名義人の 氏 名	カタカナでご記入ください
-----	----------------	-----------------	-----------------------	------	--	--	--	--	-------------------	--------------

( 受付年月日 )

申請年月日 令和 年 月 日

社会保険労務士記載欄

## 記入上の注意事項

### 1. 申請区分について

- (1) 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①の口にチェック✓をしてください。  
ただし、申請対象年度の7月31日(基準日)現在に当組合の加入者に限りです。
- (2) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、②の口にチェック✓をしてください。

### 2. 申請者に係る記入欄について

- (1) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合は、**※1**は記入不要です。**※3**について次の通り記入してください。
  - ・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。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額が無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」と記入してください。
- (2) マイナンバーによる情報連携を希望される場合、**※2**にマイナンバーを記入してください。当組合において、自己負担額および課税情報を確認しますので、自己負担額証明書および被保険者が基準日(7月31日)の属する年度の前年度分の市区町村民税が非課税である場合の(非)課税証明書の添付を省略できます。  
ただし、申請日現在、当組合の資格を喪失されている方は、次の必要書類を添付してください。  
(申請日現在、当組合の資格を有する方は必要書類は不要です。)

**\* 必要書類については行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。**

#### ・身元確認を行うための書類(いずれか1点)

被保険者のマイナンバーカード(表面)、運転免許証、パスポート、その他官公署が発行する写真付きの身分証明書の写し

#### ・マイナンバー確認を行うための書類(いずれか1点)

被保険者のマイナンバーカード(裏面)の写し、被保険者のマイナンバーが記載された住民票または住民票記載事項証明書

#### ◆マイナンバーを記入しないマイナンバーによる情報連携を希望しない> 場合の必要書類

申請者及び計算期間の末日(7月31日)において被扶養者であった方について、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。

ただし、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、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)が負担したものと取り扱われます。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ぬ。この場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。
- ・国民健康保険においては、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

として取り扱われます。そのため、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ぬ。この場合、「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、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「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。)
- ・基準日(7月31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途中で死亡した等(**被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。ただし、相続人であることを確認できる戸籍謄本の添付が必要です。**)により基準日が前年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には、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。
- (3) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、**※3**の記入は不要です。**※1**について記入してください。

### 3. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合は、**※4**の記入が必要ですので、次の通り記入してください。
  - ・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。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額が無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」と記入してください。
- (2) 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方について記入してください。なお、この場合は**※4**については記入は不要です。

### 4. 備考欄について

備考欄については、申請者およびその被扶養者であった方々々の加入期間における受診歴(受診した年月)を記入してください。(ほか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。)

### 5. 受取代理人の欄について

給付金の受け取りを代理人に委任する場合に記入してください。

### 6. 振込先欄について

口座名義人が被保険者(申請者)と異なる場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。

また、自己負担額証明書の交付申請のみを行う場合でも、振込先は記入してください。

(後日、当組合より高額介護合算療養費を支給する際に必要となります。)

### 7. 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。