

## 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	平成	年度	申請区分	1. 新規    2. 変更    3. 取下げ			支給申請書整理番号 (保険者記入欄)										0	0	1	3	3	1	3	2						
フリガナ					生年月日	昭和・平成 年 月 日生			性別	男・女		計算期間の 始期及び終期		平成		年	月	から	平成	年	月									
国民健康 保険資格情報	保険者名	被保険者証記号	被保険者証番号			組合員との続柄			保険者番号	加入期間																				
	東京食品販売 国民健康保険組合	78				1. 本人    2. 家族    3. その他			133132	昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日																				
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																					
									昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日																					
介護保険 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																					
									昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日																					
支給方法	振込先 口座情報	金融機関名	金融機関コード	店舗名	店舗コード	預金種目	口座番号		フリガナ																					
口座振込		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄			口座名義人 (組合員名義のもの)																					
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				備 考 欄																				
	1			昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで																										
	2			昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで																										
	3			昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで																										

〔1〕上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。

〔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。

( 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、〔1〕と〔2〕のいずれもレ点を付してください。  
高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、〔1〕にのみレ点を付してください。 )

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前2丁目6-1 食品衛生センター  
東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

〒 - 電話番号 ( )

住 所 : .....

組合員 (申請人) : ..... 印

決 済	所 長	管理課長	係	交付申請	支給申請



		枚中		枚目
--	--	----	--	----

## ご記入上の注意事項等について

### 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「欄」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) 計算期間の始期及び終期「欄」の間加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入歴欄の保険者名「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「欄」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「欄」（添付する自己負担額証明書整理番号）に記載してください。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、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (4) 支給額の支給方法は、指定口座への振り込みとなりますので、振込先口座情報「欄」に指定口座情報を記載してください。
- (5) 備考欄「」には、以下の内容を記載してください。
  - ア．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。）
  - イ．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
  - ウ．死亡、海外移住、生保適用等により計算期間の途中で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
- (6) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、組合員・家族の支給合計額が組合員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。

(7) 2名を超える対象者「欄に記載される方」を記載する場合等、複数枚にわたることがわかるよう、右下の「欄」に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (8) 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「欄」（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。
- (9) 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ゼロ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、必ず同じ区市町村の保険者番号を記載してください（2以上の区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「欄」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。