

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

| | | | | | |
|--------|-------|-----------|-----------------|-------|-----|
| 申請対象年度 | 平成 年度 | 対象となる計算期間 | 平成 年 月 ～ 平成 年 月 | 申請書枚数 | 全 枚 |
|--------|-------|-----------|-----------------|-------|-----|

| | |
|----------------|-----------------|
| フリガナ | |
| 被保険者氏名 | |
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 () - 番号 () |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 |

| 保険者加入歴 | NO | 保険者名 (介護保険及び医療保険) | 保険加入期間 | 添付の自己負担額証明書番号 |
|--------|----|-------------------|--------------------------|---------------|
| | 1 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 2 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 3 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |

※上記、被保険者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

| | |
|---------|--------------------------|
| フリガナ | |
| 被扶養者氏名 | |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 |
| 当健保加入期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで |

| 保険者加入歴 | NO | 保険者名 (介護保険及び医療保険) | 保険加入期間 | 添付の自己負担額証明書番号 |
|--------|----|-------------------|--------------------------|---------------|
| | 1 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 2 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 3 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

| | |
|---------|--------------------------|
| フリガナ | |
| 被扶養者氏名 | |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 |
| 当健保加入期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで |

| 保険者加入歴 | NO | 保険者名 (介護保険及び医療保険) | 保険加入期間 | 添付の自己負担額証明書番号 |
|--------|----|-------------------|--------------------------|---------------|
| | 1 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 2 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 3 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

| | |
|--|---|
| <p>ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>下記1又は2のいずれかを○で囲んでください。</p> <p>1 高額介護合算療養費の支給を申請します。 (この場合、他の保険者が発行した自己負担額証明書を添付してください。)</p> <p>2 自己負担限度額証明書の交付を申請します。 ※7月31日時点で他保険加入の方 (この場合、他の保険者の発行する自己負担額証明書の添付は不要です。)</p> | <p>申請年月日 平成 年 月 日</p> <p>郵便番号 ー</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者氏名 _____ ㊟ 被保険者との続柄 ()</p> <p>電話番号 (_____) ー (自宅・携帯・職場) ※○で囲む</p> |
|--|---|

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

| | | | | | |
|--------|----------|-----------|-----------------------|-------|-------|
| 申請対象年度 | 平成 21 年度 | 対象となる計算期間 | 平成 20年 4月 ~ 平成 21年 7月 | 申請書枚数 | 全 1 枚 |
|--------|----------|-----------|-----------------------|-------|-------|

| | |
|---------------|-----------------|
| フリガナ | ケンポ タロウ |
| 被保険者氏名 | 健保 太郎 |
| 被保険者証 記号番号 | 11 - 123456 |
| 生年月日 | 昭 平 48年 2月 27日生 |

| 保険者加入歴 | NO | 保険者名 (介護保険及び医療保険) |
|--------|----|---|
| | 1 | 今年度の申請の場合、対象期間は、通常「平成20年4月～平成21年7月」となります。 |
| | 2 | |
| | 3 | |

<記入例の前提>
 健保太郎さんの被扶養者である母「花子さん」が介護保険の適用を受け、高額な介護保険サービス利用料を平成20年4月～平成21年7月まで支払った。
 また、同じく被扶養者である妻「よし子さん」は、病気のため医療費の自己負担額が高額となり、高額介護合算療養費の算定基準額を上回る負担が発生した。

※上記、被保険者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり ・ なし)

| | |
|---------|----------------------------------|
| フリガナ | ケンポ ハナコ |
| 被扶養者氏名 | 健保 花子 |
| 生年月日 | 昭 平 10年 12月 10日生 |
| 当健保加入期間 | 平成 9年 4月 1日から 平成 21年 7月 31日まで |

| 保険者加入歴 | NO | 保険者名 (介護保険及び医療保険) | 保険加入期間 | 添付の自己負担額証明書番号 |
|--------|----|---|-----------------------------------|---|
| | 1 | 〇〇市介護保険 | 平成 20年 4月 1日から 平成 21年 7月 31日から | 2009-99-00000001 |
| | 2 | 介護保険サービスを利用した方は、加入している介護保険者名(市区町村)を記入して下さい。 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から | 介護保険者から発行してもらった「自己負担額証明書」の証明番号を記入してください。 なお、証明書はこの申請書に必ず添付して下さい。 |
| | 3 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から | |

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり ・ なし)

| | |
|---------|-----------------------------------|
| フリガナ | ケンポ ハナコ |
| 被扶養者氏名 | 健保 よし子 |
| 生年月日 | 昭 平 48年 10月 31日生 |
| 当健保加入期間 | 平成 15年 4月 1日から 平成 21年 7月 31日まで |

| 保険者加入歴 | NO | 保険加入期間 |
|--------|----|--------------------------|
| | 1 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から |
| | 2 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から |
| | 3 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から |

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己限度額に対する市町村等の助成 (あり ・ なし)

ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿
 下記1又は2のいずれかを○で囲んでください。

- ① 高額介護合算療養費の支給を申請します。
 (この場合、他の保険者が発行した自己負担額証明書を添付してください。)
- 2 自己負担限度額証明書の交付を申請します。 ※7月31日時点で他保険加入の方
 (この場合、他の保険者の発行する自己負担額証明書の添付は不要です。)

母である「花子さん」が、「太郎さん」の「被扶養者として認められた日」から「資格を喪失した日」までとなります。現在も被扶養者の場合は、平成21年7月31日と記入して下さい。

申請年月日 平成 年 月 日
 郵便番号 123 - 4567
 住 所 東京都千代田区〇〇町1丁目 2番 3号
 申請者氏名 健保 太郎 被保険者との続柄 (本人)
 電話番号 (03) 1234 - 5678 (自宅・携帯・職場) ※○で囲む

(別添様式2) 初年度用

| |
|--|
| (申請者住所) 〒 (申請者氏名) 様 |
|--|

健康保険 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

| | | | |
|------------------------|-------------|---------------------|----------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 日生 |
| 性別 | 男・女 | | |
| 自己負担額証明書整理番号 | | | |
| 保険者番号 | 06133425 | 証明対象年度 | |
| 被保険者証 記号・番号 | (記号) - (番号) | | |
| 対象となる計算期間 | 平成 | 年 | 月 日 ~ 平成 |
| 計算期間において被保険者であった期間 | 平成 | 年 | 月 日 ~ 平成 |
| 年 月 | 自己負担額 | うち70歳~74歳の者に係る自己負担額 | 摘要 |
| 平成20年 4月分 | | | |
| 5月分 | | | |
| 6月分 | | | |
| 7月分 | | | |
| 8月分 | | | |
| 9月分 | | | |
| 10月分 | | | |
| 11月分 | | | |
| 12月分 | | | |
| 平成21年 1月分 | | | |
| 2月分 | | | |
| 3月分 | | | |
| 4月分 | | | |
| 5月分 | | | |
| 6月分 | | | |
| 7月分 | | | |
| 計 | | 円 | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 〒104-0061 | | | |
| 東京都中央区銀座3-11-18 眞帆ビル8階 | | | |
| ヤマトグループ健康保険組合理事長 ⑩ | | | |

【保険者連絡用】

| | |
|--|----------------------------|
| (問い合わせ先) 〒104-0061 東京都中央区銀座3-11-18眞帆ビル8階 ヤマトグループ健康保険組合 業務課 電話番号 03-3543-4271 | (計算結果送付先) 〒 電話番号 |
|--|----------------------------|

I 記入上の注意

- (1) 高額介護合算療養費の支給申請は、申請年度の7月31日に被保険者が加入していた医療保険者へ行うこととなります。なお、被保険者が7月31日に当健康保険組合の資格を喪失している場合は、対象期間内の当健保加入期間に対する自己負担額証明書を発行いたしますので、この証明書を7月31日に加入している医療保険者へ提出して下さい。
- (2) 平成21年度の「対象となる計算期間」は、原則として平成20年4月1日から平成21年7月31日までの16箇月間となります。平成22年度以降は、申請の前年度の8月1日から申請年度の7月31日までの12箇月間となります。
- (3) 「保険者加入歴」欄には、計算期間内に加入していた介護保険者名（市町村名）をすべて記入して下さい。また、当該介護保険者の発行した「自己負担額証明書」を必ず添付して下さい。なお、「対象となる計算期間（前記（2）参照）」内に介護保険の変更等がなかった場合、保険加入期間は、平成20年4月1日から平成21年7月31日となります。
- (4) 被保険者または被扶養者が計算期間途中で当健保に加入した場合は、以前加入していた医療保険者名を「保険者加入歴」に記入し、併せて当該医療保険者の発行した「自己負担額証明書」を必ず添付して下さい。
また、計算期間の途中で扶養認定を受けた被扶養者が、扶養認定日前に当健保の被保険者であった場合は、医療保険者の発行する「自己負担額証明書」の添付を省略できます。
※計算期間の途中で当健保の資格を喪失した場合は、その後加入した医療保険者名を「保険者加入歴」に記入して下さい。
- (5) 被保険者・被扶養者欄の下段には、被保険者または被扶養者に関わる医療保険の自己負担に対する市町村等の助成の有無について、該当する方を○で囲んで下さい。
- (6) 申請内容についてお問い合わせする場合がありますので、連絡先となる電話番号を必ず記入して下さい。
- (7) 申請書の記入欄が足りない場合は、2枚目以降に追加で記入し、「申請書枚数」の欄に全体の枚数を記入して下さい。

II 自己負担額等について

- (1) 医療保険に関わる自己負担額は、診療報酬明細書1件あたりの自己負担額が21,000円以上となる医療費のみとなります。
※診療報酬明細書は月単位で作成され、入院・外来別となります。また、総合病院では受診科別となります。したがって、計算期間内に負担した医療費の総額とは通常異なります。
- (2) 被扶養者に関わる自己負担額は、その方を扶養する被保険者が負担したものと扱われます。したがって、計算期間内に別の方の被扶養者となっていた期間がある場合で、その期間内に自己負担額がある場合、当該の被保険者の高額介護合算療養費の合算対象として扱われます。
例：計算期間始期の平成20年4月1日には、実父（当健保以外の被保険者）に扶養されていたが、平成20年10月1日から当健保の被保険者と結婚し配偶者の被扶養者となった場合。
この場合、平成20年10月1日以降に係る医療保険の自己負担額のみ当健保の支給する高額介護合算療養費の合算対象として扱われます。

20/4/1

20/10/1

21/7/31

| 実父（当該健保以外の被保険者）に扶養された期間 | 配偶者（当健保の被保険者）に扶養された期間 |
|----------------------------------|----------------------------------|
| この期間に係る自己負担額は合算対象外（実父が負担したものと扱う） | この期間に係る自己負担額は合算対象（配偶者が負担したものと扱う） |

- (3) 当健保から給付した高額療養費（付加給付含む）は、医療保険の自己負担額から控除して高額介護合算療養費の計算を行います。また、自己負担額証明書の額も同様です。

III その他

- (1) 高額介護合算療養費は、各保険に係る自己負担額の割合により各保険者から給付されます。また、給付時期は保険者毎に異なりますのでご注意ください。当健保は給付後（給付は毎年11月以降となります）に「保険給付金決定通知書」をご送付いたしますので、この通知書により給付額等をご確認ください。
- (2) 申請者は、被保険者となります。ただし、被保険者の方がお亡くなりになっている場合、遺族（相続人に限る）が申請者となることができます。この場合、遺族であることを証明する書類の提出をお願いする場合がありますのであらかじめご了承下さい。
- (3) 任意継続被保険者の方及び事業主を経由せず申請をしたい方は、下記住所にご送付下さい。
- (4) 申請書の記入方法等についてご不明な点は、下記へお問い合わせ下さい。
- (5) 介護保険についてご不明な点は、介護保険者（市町村）へお問い合わせ下さい。

〒104-0061

東京都中央区銀座3-11-18 眞帆ビル8階
ヤマトグループ健康保険組合 業務課

TEL 03-3543-4271