

高額医療合算介護(予防)サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

様式第1号

記入例

申請対象年度	令和 元 年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	4240009009999999
--------	---------	------	------	------	-------	-----------	-----------	------------------

フリガナ	ウツミヤ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	性別	1.男	個人番号	123456789012
被保険者氏名	宇都宮 太郎				2.女	計算期間の始期及び終期	令和元年8月～令和2年7月

国民健康保険資格情報(被用者保険資格者情報)					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
90019	123	45678	1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	宇都宮市	令和元年8月1日から令和2年7月31日まで

後期高齢者医療資格情報		
被保険者番号	広域連合名称	加入期間
口座情報を必ず記入してください。		年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
92015	999999999	宇都宮市	令和元年8月1日から令和2年7月31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	店舗コード	種目	口座番号							フリガナ	口座名義人	振込先口座管理番号
口座振込		宇都宮	信用金庫 信用組合 農協	9 9 9 9	支店 出張所 支所	9 9 9	1.普通預金 2.当座預金	1	2	3	4	5	6	7	ウツミヤ タロウ	宇都宮 次郎	

被保険者と口座の名義人が違う場合は、右の委任状欄に必要事項をご記入ください

高額の医療合算介護(予防)サービス費等の受領を下記の被保険者氏名 宇都宮 太郎 者へ委任します。

(受任者)住所: 宇都宮市旭一丁目1番5号 氏名: 宇都宮 次郎 続柄: 長男

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		年 月 日から 年 月 日まで		
2		年 月 日から 年 月 日まで		

被保険者と口座の名義人が違う場合は、委任状欄に必要事項をご記入ください。

〒 320 - 854 (あて元)宇都宮市長

令和 年 月 日

郵便番号 〒 123 - 4567

申請住所 宇都宮市旭一丁目1番5号

代表者 (世帯主) 氏名 宇都宮 太郎

電話番号 028 - 123 - 4567

① 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(予防)サービス費)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・2のいずれも丸で囲んで下さい。

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、1のみを丸で囲んで下さい。

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（記入年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記入して下さい。
- (3) 国民健康保険資格情報（被用者保険資格者情報）の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。

なお、被用者保険資格者はこの欄の記入は不要です。

- (4) 計算期間の始期及び終期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）と加入期間を記入し、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記入して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記入して下さい。保険者加入歴が2つを超える場合、新たな申請書に保険者加入歴をご記入下さい。

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入は不要です。

- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記入欄（金融機関名から口座名義人まで）は記入せず、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入して下さい。

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む場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記入欄は記入せず、振込先口座管理番号欄に1と記入するとともに、**委任状欄に必要事項を記入**して下さい。

- (6) 備考欄には、以下の内容を記入して下さい。
 - 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主な受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記入する必要はありません。）
 - ② 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主な受診歴
- (7) **国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が、原則として世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなります**ので、ご留意下さい。
- (8) 2名を超える対象者を記入する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の人数と何人目および枚数と何枚目かを記入して下さい。
- (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、加入期間）の記入は不要です。
- (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ません場合があります。

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入して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記入しないで下さい）。
- (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。