

高額介護合算療養費支給等申請書

申請区分	新規・変更・取下	支給申請書整理番号					個人番号				
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし） 2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり） 3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり） 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請										
申請対象年度	令和 年度	計算対象期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月								
フリガナ							生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日			
被保険者氏名											
国民健康保険資格情報（国民健康保険加入期間中の世帯主のみ）											
被保険者証記号		被保険者証番号		保険者名称			加入期間				
				国民健康保険							
後期高齢者医療資格情報											
保険者番号		被保険者番号		保険者名称			加入期間				
				後期高齢者医療広域連合			令和 年 月 日 から 令和 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				
				介護保険			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
保険者加入歴											
	保険者名		加入期間		自己負担額証明書整理番号			備考欄			
1											
2											
3											
振込口座	金融機関名		支店名		種目	口座番号			口座名義人（カタカナ）		
	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		本 店 支 店 出張所		1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄						
1. 上記の者について、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. 上記の者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 3. 上記の者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の計算に含めることを申請します。 ※上記 1, 2, 3 の該当する番号を○で囲んでください。 ※本申請書をもって、保険者加入歴等に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ 岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 令和 年 月 日 様 郵便番号 - 申 請 者 〔 〕 住 所 氏 名 印 【申請内容に関する連絡先】 電話番号 ※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。											
委任状	（※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。） 上記、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）受領に関する権限を、下記代理人に委任します。										
	委 任 者 （上記申請者）		住 所 （上記申請者住所に同じ）								
			氏 名 印								
	代 理 人 （口座名義人）		住 所								
			氏 名 印								
備考欄											

記入時の注意事項

1. 高額介護合算療養費等支給申請の場合
 - (1) 計算対象期間は毎年8月から翌年7月です。
 - (2) 2名を超える対象者を申請する等、複数枚に渡る場合、右上の頁欄に全体の何枚目かをご記入ください。
 - (3) 国民健康保険資格情報欄については、下記の条件をすべて満たす場合にのみ、国民健康保険加入期間において世帯主であった方の申請書にご記入ください。
 - ・計算対象期間内に国民健康保険の被保険者であった方が同一世帯にいて医療費の自己負担がある。
 - ・計算対象期間最終日において国民健康保険の被保険者が同一世帯にいない。
 - ・国民健康保険加入期間内において世帯主であった方が、計算対象期間最終日において後期高齢者医療の被保険者である。
 - (4) 後期高齢者医療資格情報欄及び介護保険資格情報欄については、計算対象期間最終日に加入していた医療保険と介護保険の資格情報を記載してください。
なお、介護保険で要介護認定を受けていない場合は、介護保険情報欄は記入しないでください。
 - (5) 保険者加入歴欄については、計算対象期間内に加入する医療保険や介護保険に変更があり、自己負担額証明書が必要な保険についての資格情報をご記入ください。
 - (6) 受取口座について、ゆうちょ銀行をご希望される場合は、漢数字3ケタの支店名と7ケタの口座番号をご記入ください。
 - (7) 申請者以外の方が受取人となる場合は委任状欄のご記入が必要となります。
 - (8) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担割合が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・高額介護合算制度の対象とならない場合があります。詳しくは各市町村介護保険担当課へお問い合わせください。
 - (9) 申請できるのは計算対象期間の最終日の翌日から起算して2年以内です。
2. 自己負担額証明書交付申請の場合
 - (1) 保険者加入歴欄に自己負担額証明書が必要な保険についての資格情報をご記入ください。
 - (2) 国民健康保険の自己負担額証明書については、国民健康保険加入期間において世帯主であった方が申請できます。（加入期間内に複数世帯主がいた場合は、世帯主毎に申請できます。）また、国民健康保険の市町村と計算対象期間最終日にお住まいの市町村が同一の場合は、支給申請と同時に自己負担額証明書の申請ができます。市町村が異なる場合は、該当の市町村国民健康保険担当課に申請してください。※
 - (3) 介護保険の自己負担額証明書が必要な場合は、該当の市町村介護保険課に申請してください。※

※国民健康保険資格情報欄・保険者加入歴欄に、保険者名・加入期間が記入できる方で、個人番号（マイナンバー）を記入した方は、自己負担額証明書の添付を省略できる場合があります。その場合は、「本申請書をもって、保険者加入歴等に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。」に同意が必要です。
なお、対象となる被保険者が死亡した後に申請を行う場合は、個人番号（マイナンバー）の記入は不要です。