

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	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
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(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

フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生	個人番号
氏 名				計算期間の始期及び終期
				年 8 月 ~ 年 7 月

国民健康保険資格情報					
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
			1. 世帯主 2. 被世帯主 3. 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで

後期高齢者医療資格情報			
医療保険者番号	医療被保険者番号	広域連合名称	加入期間
3946001		鹿児島県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格情報（介護認定を受けている場合のみ記入）			
介護保険者番号	介護被保険者番号	介護保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人	

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		
	3	年 月 日から 年 月 日まで		

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 市町村長名 殿 年 月 日

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。

郵便番号 _____
 住所 _____
 申請代表者氏名 _____
 申請者氏名 _____
 電話番号 _____

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の方及び保険者加入歴に記載がある方は裏面も記入して下さい。

枚中

枚目

※ この委任状は、**申請者本人以外の口座に振込みを希望される場合に**、記入して下さい。

※ この同意書は、**表面の保険者加入歴に記載がある場合で、自己負担額証明書を鹿児島県後期高齢者医療広域連合が受領することに同意する場合に**、記入して下さい。

委任状

私は、_____を代理人と定め高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

申請者
(被保険者) 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

自己負担額証明書の受領に関する同意書

私は、加入歴がある関係保険者が発行する自己負担額証明書について、鹿児島県後期高齢者医療広域連合が代理人として直接受領し、高額介護合算療養費等支給申請書に添付することに同意します。
また、本申請に係る給付業務に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

年 月 日

申請者
(被保険者) 住所 _____

氏名 _____

1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- 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。
- 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入層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記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
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載は不要です。
- 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - 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。）
 - 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
 - 死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に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
- 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（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

- 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載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- 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。

保険者記入上の注意事項

- 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号8桁+保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。
- 申請者は被保険者とし、被保険者が死亡している場合は相続人代表者が申請者となる。
- 対象年度の各保険者の加入期間が合致するようにすること。

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

【個人記入例】
令和元年10月1日に広域内転居
（介護保険者異動あり）
令和元年12月10日死亡の場合

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	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者あり)		②. 計算期間末日以降(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. 加入期間、令和2年7月末までに死亡した場合は死亡した月

フリガナ	コウイキ タロウ	該当者氏名・生年月日等	昭和 5年 5月 5日 生	性別	男	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 太郎					計算期間の始期及び終期	令和元年8月 ~ 令和元年12月

国民健康保険資格情報					
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
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年 月 日から 年 月 日まで

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
39460001	00000001	鹿児島県後期高齢者医療広域連合	令和元年8月1日から令和元年12月10日まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	介護保険者名称	介護保険者名記入
460010	0010000001	〇〇〇市町村	令和元年10月1日から令和元年12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	本店支店出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込		〇〇〇〇	信用金庫 信用組合 農業協同組合	0 0 0 1	本店支店出張所	0 0 1	1.普通預金 2.当座預金 9.その他	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	〇〇〇〇

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
	1 ×××市町村介護	令和元年8月1日から 令和元年9月30日まで	00000000000000000000
	2	日から 日まで	
	3	日から 日まで	

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿	市町村長名 〇〇市町村長 殿	令和 3年 4月 1日
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。	郵便番号 890-0064	個人の場合は申請代表者及び申請者は同一、死亡している場合は、相続人代表者名を記入
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。	住所 鹿児島県鹿児島市〇〇町〇〇-〇〇	
※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。	申請代表者氏名 広域 花子	
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。	申請者氏名 広域 花子	
	電話番号 099-206-0000	個人の場合は、1枚となる

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の方及び保険者加入歴に記載がある方は裏面も記入して下さい。