

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<br>大正<br>昭和 | 年 月 日 生 | 個人番号 (マイナンバー) | 年 8 月 ~ 年 7 月 |
| 氏 名  |      |                |         | 計算期間の始期及び終期   |               |

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            |
| 39460001 |          | 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 |

振込口座

|                                     |                        |                              |      |           |        |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------------|------|-----------|--------|
| 金融機関コード                             | 店舗コード                  | 種目                           | 口座番号 | フリガナ      | 口座管理番号 |
| 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>9. その他 |      | 口座<br>名義人 |        |

|            |   |      |      |                 |     |
|------------|---|------|------|-----------------|-----|
| 保険者<br>加入歴 | 1 | 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 |
|            | 2 |      |      |                 |     |
|            |   |      |      |                 |     |

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。 郵便番号 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

※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。 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。

※ 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。

## 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 \_\_\_\_\_

※ 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。

## 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、当該保険者加入層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
- 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。

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

記入例

|        |  |      |       |                |            |               |                 |
|--------|--|------|-------|----------------|------------|---------------|-----------------|
| 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         |
| 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) |      |       |                |            |               |                 |
| フリガナ   | コウイキ タロウ   |      | 生年月日  | 明治<br>大正<br>昭和 | 5年 5月 5日 生 | 個人番号 (マイナンバー) | 123456789012    |
| 氏名     | 広城 太郎  |      |       |                |            | 計算期間の始期及び終期   | 令和3年8月 ~ 令和4年7月 |

個人番号カードに記載されている個人番号(マイナンバー)を記入してください。死亡等で返却している場合は記入不要。

被保険者氏名・フリガナを確認。

生年月日を確認。

| 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                   |
| 3946000                 | 00001      | 鹿児島県後期高齢者医療広域連合 | 令和3年8月1日から 令和4年7月31日まで |
| 介護保険資格情報 (介護認定を受けている場合) |            |                 |                        |
| 介護保険者番号                 | 介護被保険者番号   | 介護保険(市町村名)      | 期間                     |
| 460010                  | 0010000001 | (市町村名)          | 令和3年8月1日から 令和4年7月31日まで |

介護認定を受けている場合に確認。同封されている「高額介護合算療養費の支給について(お知らせ)」の表、またはお持ちの介護保険被保険者証を参照。

令和4年7月31日時点で加入していた介護保険者名を確認。計算期間中に死亡された方は、死亡時に加入していた介護保険者名を確認。

| 振込口座 |         |        |                              |       |   |   |          |        |   |
|------|---------|--------|------------------------------|-------|---|---|----------|--------|---|
| 銀行   | 金融機関コード | 店舗コード  | 種目                           | 口座番号  |   |   | フリガナ     | 口座管理番号 |   |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇    | 本支店出振所 | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>9. その他 | 0     | 0 | 0 | 0        | 0      | 1 |
|      |         |        |                              | 口座名義人 |   |   | コウイキ タロウ |        |   |
|      |         |        |                              | 広城 太郎 |   |   |          |        |   |

被保険者本人の口座を記入してください。被保険者が死亡している場合は、相続人代表者の口座を記入してください。上記以外で、被保険者以外の口座を希望する場合は、裏面の「委任状」も記入してください。

| 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      | 〇〇国民健康保険 | 令和3年8月1日から<br>令和3年9月30日まで |                 |     |
| 2      |          | 年 月 日から<br>年 月 日まで        |                 |     |

令和3年8月1日から令和4年7月31日の間に上記の保険者以外の他保険者(医療・介護とも)に加入していた場合に記入してください。その場合は、裏面の「自己負担額証明書の受領に関する同意書」も記入してください。

申請対象者である本人名を記入してください。死亡している場合は、相続人代表者名を記入ください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 殿 令和5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。  
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 890-0064  
住所 鹿児島県鹿児島市〇〇〇町〇〇-〇〇  
申請者氏名 広城 太郎  
電話番号 099-206-0000

※ 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。

## 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 \_\_\_\_\_

※ 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。

## 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、当該保険者加入層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。