

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（マイナンバー）	
氏 名					計算期間の始期及び終期	年 8 月 ～ 年 7 月

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														
銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	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
					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 日まで						
	2		年 月 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 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。					申請者氏名
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。					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。

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

- （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（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。
- （3）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、保険者加入暦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。
- （4）備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - 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。）
 - 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受診歴
 - ③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
- （5）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

- （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）。
- （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。

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	令和 4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 大正 昭和 22年 9月 5日 生		個人番号(マイナンバー)		123456789012	
氏 名	広域 太郎					計算期間の始期及び終期		令和4年8月 ～ 令和5年7月	
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4年 8月 1日から 令和5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のみ)									
介護保険者番号		介護被保険者番号			介護保険者名			期間	
460010		0010000001			(市町村名)			令和4年 8月 1日から 令和5年 7月31日まで	
振込口座									
給付		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 信用金庫 信用組合 農業協同組合			本店 支店 出張所		1.普通預金 2.当座預金 9.その他	00000001		口座 名義人	
鴨池							コウイキ タロウ		
広域 太郎									
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 4年 8月 1日から 令和 4年 9月 4日まで				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。	
2				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 殿									
令和 6年 12月 15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 広域 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ご同意くださいます。

また、本申請に係る給付業務に、**表面の「保険者加入歴」を記入した場合、こちらにも記入してください。**

表面の「保険者加入歴」を記入した場合、
こちらにも記入してください。

令和6年 12月 15日

鹿児島県鹿児島市〇〇〇町〇〇-〇〇

申請者 住所

広域 太郎

氏名

- ## 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（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。
- (3) 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、保険者加入暦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。
- (4) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
- 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。）
 - 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受診歴
 - ③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
- (5) 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
- (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）。
- (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。