

(表)

後期高齢者医療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 39230008

フリガナ 氏名 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 生 個人番号 計算期間の始期及び終期 年 月 ~ 年 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 1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 保険者名称 加入期間 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 39230008 被保険者番号 広域連合名称 愛知県後期高齢者医療広域連合 加入期間 年 月 日から 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 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 金融機関コード 本店 支店 出張所 店舗コード 種目 1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他 口座番号 フリガナ 口座名義人 振込先口座管理番号

☐ 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。) ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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

〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1-6-5 国保会館北館3階 愛知県後期高齢者医療広域連合長 様 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 住所 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。 申請代表者 氏名 電話番号 ※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ください。 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のみを丸で囲んでください。 ※本申請書をもって、保険者加入歴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

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入をしてください。

本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入をしてください。

(委任欄)	
私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。	
この申請に基づく高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関すること。	被保険者 _____
代理人 (住所) _____	(氏名) _____
(電話番号) _____	(被保険者との関係) _____

## 市町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

## 広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--

## 備考

- この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

## ご記入上の注意事項等

## 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ください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「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。
- (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ください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。  
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。
- (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載欄(金融機関名から口座名義人まで)は記載せず、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載してください。  
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んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
  - 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
- (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、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険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)の記載は不要です。
- (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(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ください(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください)。
- (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。

## 保険者記入上の注意事項

1. 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。
2. 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(国保保険者の場合、先頭2桁を“00”とし、介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする) + 保険者が付する通し番号8桁」(計19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。
3. 保険者加入歴に介護保険(総合事業)自己負担額証明書の情報(保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号)が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。  
なお、介護保険(総合事業)自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。  
「証明対象年度西暦(4桁) + “98” + 保険者番号(6桁) + 保険者が付する通し番号(8桁)」

# 記入例

※公金受取口座を利用する場合(本人申請のみ可)

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
フリガナ	イヌヤマ タロウ		生年月日	1. 明治 2. 大正 11年 11月 11日 生 3. 昭和	計算期間の始期及び終期
氏名	犬山 太郎				年 月 ~ 年 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	
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		
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			
39230008	01234567	愛知県後期高齢者医療広域連合			
介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
232157	0009999999	犬山市			
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	種目	口座番号	フリガナ
<input checked="" type="checkbox"/>		公金受取 (公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)	1. 普通 2. 当座 9. 振込		
振込先口座	振込先口座番号				
振込先口座	振込先口座番号				
保険者加入歴	2	年 月 日まで	年 月 日から		

支給申請のお知らせ等を参考に記入してください。  
介護保険情報に記載がない場合は、介護保険資格情報への記入は不要です。  
記入例は、介護保険情報は犬山市の場合となります。犬山市以外の介護保険に加入の場合は、別の保険者番号及び保険者名称となります。

公金受取口座を利用する場合、振込先口座の記入は不要です。ただし、公金受取口座の確認に1週間程度かかり、確認の結果登録が無い場合は、申請書をお返ししますので、再度申請が必要です。(個人番号は確認できないように塗りつぶしてお返しします。ご了承ください。)

本人が申請する場合は、被保険者本人の住所・氏名・電話番号を記入してください。  
本人以外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))を受領する場合は、裏面の委任欄の記入が必要です。  
その場合は、公金受取口座を利用できませんので、公金受取口座を利用しない場合の対応となります。  
※本人が死亡の場合は裏面の委任欄への記入は不要ですが、別紙誓約書の添付が必要です。

- 次の場合は、公金受取口座を利用できません。
- ①マイナンバーカードによる公金受取口座を登録していない場合
  - ②本人以外が申請する場合
  - ③被保険者本人の口座以外の口座に振込みを希望する場合

郵便番号 484-0000 住所 犬山市●●○○▲▲△△番地

申請代表者

氏名 犬山 太郎

電話番号 0568-●●●-●●●●

※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ください。  
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のみを丸で囲んでください。  
※本申請書をもって、保険者加入歴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

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入をしてください。



本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入をしてください。

(委任欄)

私は **愛知 花子** を代理人と定め、次の権限を委任します。

この申請に基づく高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関すること。

代理人 (住所) **犬山市●●〇〇▲▲△△番地**

(電話番号) **0568-00-0000**

被保険者 **犬山 太郎**

(氏名) **愛知 花子**

(申請者との関係) **妻**

市町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

備考

1. この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

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)の受領に必要です。
- (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ください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「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。
- (4) 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ください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。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。
- (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載欄(金融機関名から口座名義人まで)は記載せず、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載してください。  
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んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
  - 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
- (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、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険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)の記載は不要です。
- (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(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ください(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください)。
- (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。

保険者記入上の注意事項

1. 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。
2. 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(国保保険者の場合、先頭2桁を“00”とし、介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする) + 保険者が付する通し番号8桁」(計19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。
3. 保険者加入歴に介護保険(総合事業)自己負担額証明書の情報(保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号)が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。  
なお、介護保険(総合事業)自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。  
「証明対象年度西暦(4桁) + “98” + 保険者番号(6桁) + 保険者が付する通し番号(8桁)」

記入例 ※裏面

本人以外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)を受領する場合は、委任欄の記入が必要です。その場合は、公金受取口座を利用できませんので、公金受取口座を利用しない場合の対応となります。  
※本人が死亡の場合は記入は不要ですが、別紙誓約書の添付が必要です。

# 記入例

※本人以外申請の場合  
 ※公金受取口座を利用しない場合

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)
フリガナ	イヌヤマ タロウ		生年月日	1. 明治 2. 大正 11年 11月 11日 生 3. 昭和		計算期間
氏名	犬山 太郎					
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		
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員			
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				
39230008	01234567	愛知県後期高齢者医療広域連合				
介護保険資格情報						
保険者番号	被保険者番号	保険者名称				
232157	0009999999	犬山市				
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	①普通預金 2. 当座預金 9. その他	●●●●●●●●
						フリガナ イヌヤマ タロウ 口座名義人 犬山 太郎
<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。 (公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)		※ 給付金等の受取口座として、 ※ 公金受取口座を利用する場合			
保険者名						
<p>□(チェックボックス)は空欄のままにし、振込先口座を記入してください。                  ※「振込先口座」と「<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」の両方が記入されている場合は、公金受取口座に登録されている口座が優先されます。</p>						
<p>本人以外(代理人)が申請する場合は、被保険者本人の住所・氏名・電話番号(代理人連絡先)を記入してください。</p> <p>代理人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)を受領する場合は、裏面の委任欄の記入が必要です。                  ※本人が死亡の場合は裏面の委任欄への記入は不要ですが、別紙誓約書の添付が必要です。</p> <p>その場合は、公金受取口座を利用できないため、振込先口座を記入してください。</p>						
<p>郵便番号 484-0000 住所 犬山市●●○○▲▲△△番地</p> <p>申請代表者</p> <p>氏名 犬山 太郎</p> <p>電話番号 0568-●●-△△△△ (愛知 花子)</p>						
<p>※本申請書をもって、保険者加入歴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</p>						

支給申請のお知らせ等を参考に記入してください。  
 介護保険情報に記載がない場合は、介護保険資格情報への記入は不要です。  
 記入例は、介護保険情報は犬山市の場合となります。  
 犬山市以外の介護保険に加入の場合は、別の保険者番号及び保険者名称となります。

□(チェックボックス)は空欄のままにし、振込先口座を記入してください。  
 ※「振込先口座」と「 公金受取口座を利用します。」の両方が記入されている場合は、公金受取口座に登録されている口座が優先されます。

本人以外(代理人)が申請する場合は、被保険者本人の住所・氏名・電話番号(代理人連絡先)を記入してください。

代理人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)を受領する場合は、裏面の委任欄の記入が必要です。  
 ※本人が死亡の場合は裏面の委任欄への記入は不要ですが、別紙誓約書の添付が必要です。

その場合は、公金受取口座を利用できないため、振込先口座を記入してください。

郵便番号 484-0000 住所 犬山市●●○○▲▲△△番地

申請代表者

氏名 犬山 太郎

電話番号 0568-●●-△△△△ (愛知 花子)

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入をしてください。



# 記入例

※本人死亡の場合(別紙「誓約書」が必要)

申請対象年度	年度	申請区分	①新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険)
フリガナ	イヌヤマ タロウ		生年月日	1. 明治 2. 大正 11年 11月 11日 生 3. 昭和		計算期間の始期及び終期
氏名	犬山 太郎					年 月 ~ 年 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		
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員			
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				
39230008	01234567	愛知県後期高齢者医療広域連合				
介護保険資格情報						
保険者番号	被保険者番号	保険者名称				
232157	0009999999	犬山市				
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	①普通預金 2. 当座預金 9. その他	◆◆◆◆◆◆◆◆
						フリガナ アイチ ハナコ 口座名義人 愛知 花子
						振込先口座管理番号
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (公金受取口座の利用は被保険者のみとなります。)						
※ 給付金等の受取口座として、国民健康保険に加入している場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合、(上記の振込先口座)の記載と通帳の写しの添付等は不要です。						

勸奨通知等を参考に記入してください。  
 介護保険情報に記載がない場合は、介護保険資格情報への記入は不要です。  
 記入例は、介護保険情報は犬山市の場合となります。犬山市以外の介護保険に加入の場合は、別の保険者番号及び保険者名称となります。

(チェックボックス)は空欄のままにし、振込先口座を記入してください。  
 ※「振込先口座」と「 公金受取口座を利用します。」の両方が記入されていても、本人以外の口座に振り込むため、公金受取口座に登録されている口座は利用できません。

振込先口座には、相続人代表者の口座を記入してください。  
 ※本人の振込先口座は使用できません。

申請者欄には相続人代表者の住所・氏名・電話番号を記入してください。  
 本人死亡のため、裏面の委任欄への記入は不要ですが、別紙誓約書の添付が必要です。

郵便番号 484-0000 住所 犬山市●●○○▲▲△△番地

申請代表者

氏名 愛知 花子

電話番号 0568-●●-△△△△

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入をしてください。