

# 高額介護合算療養費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎組合に対し、自己負担額証明書交付申請を行う場合は「2」を○で囲んでください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合		高額介護合算療養費支給申請書 兼自己負担額証明書交付申請書		提出区分	1 申請者から直接 2 事業所を経由
○ 組合員（申請者）に関する項目					
組合員	被保険者証記号・番号	71-1505	456	氏名	大山 昇
	住所	〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-1-1			
	電話番号	(03) 1234-5678	① 自宅・2 携帯・3 その他 ( )		
	申請年月日	令和〇〇年△△月△△日	事業所名	八重洲建設株式会社	
申請者区分	① 組合員  次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍簿本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、その世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。				
申請者	氏名			組合員との続柄	
	個人番号				
	住所	〒 -			
	電話番号	( ) -	1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )		
○ 申請内容に関する項目 合算対象被保険者が3人以上の場合、申請書を複数枚作成のうえ「申請書枚数」欄に枚数を記入してください。					
申請内容	① 高額介護合算療養費の支給申請を行います。 2 高額介護合算療養費の支給申請と自己負担額証明書の交付申請を行います。		申請書枚数	1 枚 / 1 枚中	年度 令和△△年度
			申請対象期間	令和△△年8月1日から 令和〇〇年7月31日まで	
組合員申請者	氏名(生年月日)	大山 昇 (昭平△△年△△月△△日生)		本組合の有資格(加入)期間	令和△△年8月1日から 令和〇〇年7月31日まで
	保険者加入階等	1	令和△△年△月△日から 令和〇〇年△月△日まで	自己負担額証明書整理番号	備考
		2	令和△△年△月△日から 令和〇〇年△月△日まで		
	合算対象被保険者	氏名(生年月日)	大山 和子 (昭平・令△△年△△月△△日生)		本組合の有資格(加入)期間
	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△			
	保険者加入階等	1	令和△△年△月△日から 令和〇〇年△月△日まで	自己負担額証明書整理番号	備考
		2	令和△△年△月△日から 令和〇〇年△月△日まで		
合算対象被保険者	氏名(生年月日)	大山 静子 (昭平・令△△年△△月△△日生)		本組合の有資格(加入)期間	令和△△年8月1日から 令和〇〇年7月31日まで
	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△			
	保険者加入階等	1	令和△△年8月1日から 令和〇〇年7月31日まで	自己負担額証明書整理番号	備考
		2	令和△△年△月△日から 令和〇〇年△月△日まで	20129903456700000001	
○ 受領方法、振込先等					
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） 2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に（代理人氏名、住所等を記入してください。） なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入してください。 事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。				
	令和〇〇年△△月△△日	組合員 氏名	大山 昇		
		(申請者) 住所	東京都渋谷区恵比寿1-1-1		
代理人	氏名	八重洲建設株式会社 取締役社長 夏川一郎		住所	〒 -
	申請者との関係	②		電話番号	( ) -
				1 自宅・2 携帯・3 その他 ( )	
振込先	金融機関名称			支店名称	コード
	預金種目	口座番号		口座名義(フリガナ)	
	1 普通(総合を含む)・2 当座	( )		( )	

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎対象となる計算期間内に加入履歴があれば記入してください。

この加入期間内に、療養等に係る自己負担額がある場合、「自己負担額証明書」を添付してください。（ただし、加入期間内に自己負担額がない場合は添付不要です。）

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）  
記入誤りがあった場合は振込送金できませんので、できる限り通帳の写しを添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、  
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入してください。  
②代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。  
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

- ◎申請方法について（支給要件等については、組合にお問い合わせいただくか、組合ホームページ等によりご確認ください。）
  - ア 最初に、介護保険者（市区町村）へ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を提出してください。また、計算期間（前年8月1日から当年7月31日まで）内に本組合以外の医療保険者に加入し、当該医療保険者に係る自己負担額がある場合は、当該医療保険者に自己負担額証明書の交付申請を併せて行ってください。
  - イ 介護保険者等から自己負担額証明書の交付を受けた後、この申請書に次の書類を添付して組合に提出してください。
- ◎ 添付書類について
  - ア 基準日（7月31日）において組合員の加入する医療保険が本組合であるとき
    - ・介護保険者が交付した自己負担額証明書（計算期間に本組合以外の医療保険者（後期高齢者医療制度を除く。）に加入し、当該医療保険者に係る自己負担額がある場合については、当該医療保険者が交付した自己負担額証明書）
    - ※本組合を経由して介護保険者及び本組合以外の医療保険者（当該医療保険者に係る自己負担額がある場合に限る。）に高額介護合算療養費の支給申請を行うことを選択した場合、本組合において他の保険者に係る自己負担額を確認しますので、本組合以外の保険者が発行した自己負担額証明書の添付は必要ありません。なお、本組合以外の保険者への支給申請等は不要となります。
    - ・所得区分決定に必要な所得課税情報は、組合が情報連携により取得しますが、情報が取得できないときは所得課税証明書等の提出を依頼します。
  - イ 基準日において組合員であった者が加入する医療保険者が、本組合以外の医療保険者であるとき又は後期高齢被保険者である組合員であるとき
    - ・この申請書（高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額交付申請書）のみ
    - ※当該医療保険者を経由して申請書を提出する場合、当該医療保険者において本組合の被保険者であった期間に係る自己負担額を確認しますので、本組合への申請手続きは不要となります。