

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

記入例

申請対象年度	令和 5 年度	対象となる計算期間	令和 4 年 8 月 ~ 令和 5 年 7 月	申請書枚数	全 1 枚
--------	---------	-----------	-------------------------	-------	-------

フリガナ	ケンボ タロウ
被保険者氏名	健保 太郎
被保険者等 記号番号	1100 - 1234567
生年月日	昭・平 45年 8月 10日生

保険者加入歴	NO	保険者名 (介護保険及び医療保険)
	1	今年度の申請の場合、対象期間は、通常、平成 30 年 8 月~31 年 7 月となります。
	2	
	3	

記入例の前提
 健保太郎さんの被扶養者である母「花子さん」が介護保険の適用を受け高額な介護保険サービス利用料を平成 30 年 8 月~31 年 7 月まで支払った。
 また、同じく被扶養者である妻「よし子」さんは、病気のため医療費の自己負担分が高額となり、高額介護合算療養費の算定基準額を上回る負担が発生した。

※上記、被保険者に関わる医療保険の自己負担額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

フリガナ	ケンボ ハナコ
被扶養者氏名	健保 花子
生年月日	昭・平 23年 12月 11日生
当健保加入期間	平成 12年 4月 1日から 令和 5年 7月 31日まで

保険者加入歴	NO	保険者名 (介護保険及び医療保険)	保険加入期間	添付の自己負担額証明書番号
	1	〇〇市介護保険	令和 3年 8月 1日から 令和 5年 7月 31日まで	2015-99-00000001
	2		年 月 日から 年 月 日まで	

母である「花子さん」が、「太郎さん」の「被扶養者として認められた日」から「資格を喪失した日」までとなります。現在も被扶養者の場合は、令和 5 年 7 月 31 日と記入してください。

介護保険サービスを利用した方については、加入している介護保険者名 (市区町村) を記入してください。

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己負担額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

フリガナ	ケンボ ヨシコ
被扶養者氏名	健保 よし子
生年月日	昭・平 48年 8月 21日生
当健保加入期間	平成 18年 4月 1日から 令和 5年 7月 31日まで

保	1	妻である「よし子さん」が、「太郎さん」の「被扶養者として認められた日」から「資格を喪失した日」までとなります。現在も被扶養者の場合は、令和 5 年 7 月 31 日と記入してください。	保険加入期間	添付の自己負担額証明書番号
			年 月 日から 年 月 日まで	

介護保険者から発行してもらった「自己負担額証明書」の証明番号を記入してください。
 なお、証明書は、この申請書に必ず添付してください。

※上記、被扶養者に関わる医療保険の自己負担額に対する市町村等の助成 (あり・なし)

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿
 下記 1 又は 2 のいずれかを○で囲んでください。

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。
 (この場合、他の保険者が発行した自己負担額証明書を添付してください。)

2 自己負担額証明書の交付を申請します。(7月31日時点で他健保加入の方)
 (この場合、他の保険者の発行する自己負担額証明書の添付は不要です。)

申請年月日 令和 5 年 10 月 1 日
 郵便番号 123 - 4567
 住所 東京都千代田区〇〇町1丁目2番3号
 申請者氏名 健保 太郎 被保険者との続柄 (本人)
 電話番号 (03) 1234-5678 (自宅・携帯・職場(鉄電可)) ※○で囲む