

高額介護合算療養費等の申請のしかた

申請書の記入例

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	令和2年度	申請区分	1 新規 2 変更 3 取下げ	(保険者等記)	個人番号(マイナンバー)をご記入下さい。 ※亡くなられた方については、記入不要です。	枚中	枚目
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 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)		生等計算期間中申請		
被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	明治 大正 昭和	17年11月15日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
		被保険者番号	01234567		計算期間	令和2年8月1日 ~ 令和3年7月31日	
被保険者資格	次のいずれか ・被保険者の口座 ・受領の委任を受けた代理人の口座 ・相続人代表者の口座	被保険者番号	01234567		保険者名称	京都府後期高齢者医療広域連合	
		被保険者番号	012345		保険者名称	京都市介護保険	
振込口座	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	9900	店舗コード	種目	口座番号
				四四三	支店 出張所	普通 当座 貯蓄	0123456
他の加入歴	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	記入不要		
	後期市介護保険	令和2年8月1日 ~ 令和2年8月31日			記入不要		
委任	私は、高額介護合算療養費の(申請・受領)を代理人に委任します。(該当するものを○で囲んでください。受領を委任する場合は、代理人と口座名義人を同じにしてください。)						
	代理人住所	0000000 0000 00アパート0号室			代理人氏名	後期 花子	
宛先	委任者(被保険者) 氏名	広域 太郎		申請や受領を委任する場合は、該当するものを○で囲み、1段目に代理人の住所・氏名を記入し、2段目に被保険者本人が署名してください。また、3段目に被保険者の電話番号を記入してください。			
	委任者電話番号	567 - 890 - 1234					
全員	(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長			令和4年4月1日	申請日		
	計算期間中に加入していた介護保険を運営する市町村			(申請者) 郵便番号 123-4567			
計算期間中に加入していた医療保険を運営する医療機関			住所 0000000 0000 00アパート0号室				
1 高額介護合算療養費と高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を申請します。			氏名 後期 花子				
2 高額介護合算療養費自己負担額証明書の交付を申請するとともに、高額介護合算療養費と高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を申請します。			電話番号 012 - 345 - 6789				
「他の加入歴」欄に記入された方は2、それ以外の方は1に丸をつけてください。							

(裏面につづく。)

高額介護合算療養費等とは

医療保険と介護保険の両方を利用している世帯の負担を更に軽減する制度です。

7月末に世帯内で同じ医療保険に加入している方の、過去1年間の医療保険と介護保険の自己負担額（注）から高額療養費や高額介護（予防）サービス費支給額を除いた額が所得等によって定められた基準額を超えた場合に、超えた額を医療保険と介護保険から支給します。

注 入院時の食事代や差額ベッド代等を含みません。

申請に必要なもの

窓口で申請する際に持参するもの

郵送で申請する際に送付するもの

	窓口で申請する際に持参するもの	郵送で申請する際に送付するもの	
全員	持参	郵送	申請書 …全員に同封
全員	持参		京都府後期高齢者医療の被保険者証
全員	持参		個人番号カード又は通知カード（記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合） 又は個人番号が印字された住民票・住民票記載事項証明書
全員	持参		振込先が分かるもの
該当者のみ	持参	郵送	相続人代表者指定届（相続人が申請する場合）…該当者に同封
該当者のみ	持参	郵送	戸籍謄本、遺産相続分割協議書など被保険者と相続人の関係が分かるもの（相続人が申請する場合）
該当者のみ	持参	郵送	代理受領委任状（重度心身障害老人健康管理事業を受け委任状を提出したことがない場合）…該当者に同封