

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	平成26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	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) 3 計算期間末日以降申請(期間中生			個人番号 (マイナンバー)	4 死亡・海外移住等計算期間中申請		
フリガナ	コウイキ タロウ			生年月日	明治 大正 昭和	性別	男
被保険者氏名	広域 太郎			個人番号	012345678901		
被保険者資格	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	0123456789			保険者名称	広域市介護保険	
振込口座	銀行	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
	信用金庫 信用組合 協同組合	9900	443	普通 当座 貯蓄	0123456	コウイキ タロウ	
	ゆうちょ		支店 出張所			広域 太郎	
他の加入歴	保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号		備考欄		
	広域市国民健康保険	平成26年8月1日 ~ 平成26年11月30日	01234567890123456789		記入不要		
計算期間内に他の医療保険や他の介護保険の加入期間がある場合は、それぞれの保険に申請して発行された自己負担額証明書に記載されている保険者名、加入期間、自己負担額証明書整理番号を記入してください。							
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		氏名 後期 花子		
	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、代理人の住所・氏名を上段に、被保険者の氏名を下段に記入し、押印してください。		
宛先	京都府後期高齢者医療広域連合長 計算期間の末日に加入していた介護保険を運営する市町村の長						
申請日	平成27年1月15日						
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。						
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。						
郵便番号	123-4567		住所		0000000 0000 00アパート0号室		
氏名	後期 花子		氏名		後期 花子		
電話番号	012-345-6789		電話番号		012-345-6789		
※ この申請書は、計算期間の末日時点で加入していた京都府内の市町村の介護保険への申請を兼ねますので、その介護保険への							

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

金融機関コード(4桁)と
店舗コード(3桁)は、分か
る場合のみで結構です。

次のどなたか
・被保険者
・申請の委任を受けた代理人

(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

	持参	郵送	
全員	持参	郵送	申請書
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個人番号の通知カード
全員	持参		振込先が分かるもの
全員	持参		印鑑（ゴム印等でないもの）
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）
該当者のみ	持参	郵送	自己負担額証明書（計算期間内に他の医療保険や他の介護保険の加入期間がある場合）…それぞれの保険が発行