様式第 13 号（別表第1関係）

後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給申請書（高額医療合算介護（予防）サービス費）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	

フリガナ		生年月日	年　月　日 生	性別	男・女	個人番号	
氏名						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	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
				1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		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	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
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	振込口座記入欄	銀　行 信用金庫 協同組合 （　）	本　店 支　店 出張所	種目	口座番号	フリガナ	
1. 口座振込 2. 窓口払い		金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 （　）		口　座 名義人	

		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
保険者加入歴	1		年　月　日から 年　月　日まで		
	2		年　月　日から 年　月　日まで		
	3		年　月　日から 年　月　日まで		

市町村長　様
岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

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。

〒　－　　年　月　日

申請者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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)支給申請だけの場合は、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

電話番号＿＿＿＿　－　　－　＿＿＿＿

	枚中		枚目

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」欄中、「2. 擬制世帯主」とは、世帯員が国保の被保険者であり、世帯主が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、「保険者加入暦」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てください。申請に当たり、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) 「備考」欄には、以下の内容を記載してください。

① 死亡・海外移住・生活保護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方(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きます。)は、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を記載してください。

② 計算期間末日に被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済等）の被保険者は、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を記載してください。

(6) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主と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、ご留意ください。

(7) 一度に 2 名以上の対象者の申請を行う場合等、申請書が複数枚になるときは、申請書右下に全体の枚数と何枚目であるかを記載してください。

(8) 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。

(9) 介護保険で給付制限を受けて自己負担が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０円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。

(10) 支給先口座名義が申請者と異なる場合は委任状が必要となりますのでご留意ください。

(11) 成年後見人等の法定代理人を申請者とする場合には、法定代理人であることが確認できる登記事項証明書等の写しを添付してください。

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、それぞれの保険者ごとに自己負担額証明書の交付を申請する必要があります。