

【ケース1】の記入例

※ 青字やコメント欄を参考に記入下さい

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

(保険者記入欄)

前年8/1から7/31までの1年間を記入下さい

申請対象年度	平成・令和 1 年度	対象となる計算期間	平成・令和 30 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目		
フリガナ	トヨス タロウ	被保険者氏名	豊洲 太郎	加入者歴	1	BIPROGY健康保険組合	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	添付の自己負担額証明書整理番号	添付省略
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	男	2	介護保険(××市)	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 30 年 12 月 31 日 まで		添付なし	
被保険者証の記号・番号	701 — ××××××	※1		3	介護保険(△△市)	平成 31 年 1 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで		添付なし	
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2							
振込口座記入欄	×××××× 銀 信用金 信用組合	振込口座については、申請時点の状況に基づき下記のように記入 在職中の方 → 口座情報の記入不要 任継特例の方 → 健康保険料引落口座を記入		口座番号	× × × × × ×	フリガナ	トヨス タロウ	口座名義人	豊洲太郎
フリガナ	トヨス ハナコ	被扶養者氏名	豊洲 花子	加入者歴	1	BIPROGY健康保険組合	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	添付の自己負担額証明書整理番号	添付省略
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	女	2	介護保険(××市)	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 30 年 12 月 31 日 まで		XXXXXXXXXX	
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	※3		3	介護保険(△△市)	平成 31 年 1 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで		△△△△△△△△	
フリガナ	①のみを丸で囲む		年 月 日 生	性別	年 月 日 まで	※3	対象となる計算期間内の「医療保険」と「介護保険」それぞれの加入歴及び自己負担額証明書整理番号を記入、 当健保組合での医療保険自己負担額については、「添付省略」と記入(当健保組合で確認できるため)、 介護保険の自己負担額がない場合は「添付なし」と記入、 その他については、「別紙:ご記入上の注意事項」を参照のこと。		
備考	豊洲太郎 平成30年8月、平成30年9月、平成30年10月。 豊洲花子 平成31年1月、平成31年2月、平成31年3月。		申請者及びその被扶養者の加入期間中の受診歴(受診した年月)を記入 ※他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要						
BIPROGY健康保険組合 御中		申請年月日		令和 XX 年 X 月 X 日		郵便番号			XXX-XXXX
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。		② 自己負担額証明書の交付を申請します。		上記金額受領方を_____を委		住所			東京都XXXX-X-X-X
(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務に)		下線欄については、申請時点の状況に基づき下記のように記入 在職中の方 → 本籍会社名記入 任継特例の方 → 記入不要		申請者氏名		豊洲 太郎			印
				電話番号		XXX-XXX-XXXX			印

【ケース2】の記入例

※ 青字やコメント欄を参考に記入下さい

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

(保険者記入欄)

支給申請書整

前年8/1から7/31までの1年間を記入下さい

申請対象年度	平成・令和 1 年度	対象となる計算期間	平成・令和 30 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	------------	-----------	--	---	----	---	----

フリガナ	トヨス タロウ		保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被保険者氏名	豊洲 太郎		1	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	男	2	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	
被保険者証の記号・番号	701 — ××××××		※1	3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 5 月 31 日まで		計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		×× 後期高齢者医療保険	
振込口座記入欄	×××××× 銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店番号	種目	口座番号	フリガナ
				1 普通預金	× × × × × × × ×	トヨス タロウ
				2 当座預金		口座名義人
				3 その他		豊洲太郎

当健保組合を夫婦共に、令和1年6月1日で喪失した場合

7月31日時点(基準日)に加入していた医療保険者名を記入

希望振込口座を記入

フリガナ	トヨス ハナコ		保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	豊洲 花子		1	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	女	2	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 5 月 31 日まで		※3	3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	

フリガナ			保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名			1	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
生年月日	年 月 日 生	性別	2	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
健保組合加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		※3	3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	

①・②の両方を丸で囲む

申請者及びその被扶養者の加入期間中の受診歴(受診した年月)を記入 ※他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要

備考	豊洲太郎 平成30年8月、平成30年9月、平成30年10月。 豊洲花子 令和1年5月。	
----	--	--

TOGY健康保険組合 御中

申請年月日 令和 XX 年 X 月 X 日

郵便番号 XXX-XXXX

住所 東京都XXXX-X-X-X

申請者氏名 豊洲 太郎 印

電話番号 XXX-XXX-XXXX

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

上記金額受領方を _____ を委任します。

下線欄は、記入不要

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務以外には使用しません)

【ケース3】の記入例


※ 青字やコメント欄を参考に記入下さい

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

(保険者記入欄)

支給申請書整理

前年8/1から7/31までの1年間を記入下さい

申請対象年度	平成・令和 1 年度	対象となる計算期間	平成・令和 30 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目
フリガナ	トヨス タロウ		保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
被保険者氏名	豊洲 太郎		1	××××国民健康保険	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 1 年 5 月 31 日 まで	XXXXXXXXXX	
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	男	2	BIPROGY健康保険組合	平成 1 年 6 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	添付省略
被保険者証の記号・番号	701 — ××××××		※1	3	介護保険(××市)	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	添付なし
当健保組合加入期間	平成・令和 1 年 6 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで		計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				
振込口座記入欄	×××××× 銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	××××××	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
			本店 支店 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	××××××××	トヨス タロウ
							口座名義人 豊洲太郎
フリガナ	トヨス ハナコ		保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	豊洲 花子		××××国民健康保険	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 1 年 5 月 31 日 まで	添付なし		
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	女	2	BIPROGY健康保険組合	平成 1 年 6 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	添付省略
当健保組合加入期間	平成・令和 1 年 6 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで		※3	3	介護保険(××市)	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで	△△△△△△△△
①のみを丸で囲む	<p>振込口座については、申請時点の状況に基づき下記のように記入 在職中の方 → 口座情報の記入不要 任継特例の方 → 健康保険料引落口座を記入</p> <p>対象となる計算期間内の「医療保険」と「介護保険」それぞれの加入歴及び自己負担額証明書整理番号を記入、 当健保組合での医療保険自己負担額については、「添付省略」と記入(当健保組合で確認できるため)、 介護保険の自己負担額がない場合は「添付なし」と記入、 その他については、「別紙:ご記入上の注意事項」を参照のこと。</p>						
備考	豊洲太郎 令和1年6月、令和1年7月。 豊洲花子 令和1年6月、令和1年7月。		申請者及びその被扶養者の加入期間中の受診歴(受診した年月)を記入 ※他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要				
BIPROGY健康保険組合 御中	申請年月日		令和 XX 年 X 月 X 日				
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。	郵便番号		XXX-XXXX				
② 自己負担額証明書の交付を申請します。	住所		東京都XXXX-X-X-X				
上記金額受領方を_____を委	申請者氏名		豊洲 太郎				
(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務に)	電話番号		XXX-XXX-XXXX				
	下線欄については、申請時点の状況に基づき下記のように記入 在職中の方 → 本籍会社名記入 任継特例の方 → 記入不要		印 				

別紙:ご記入上の注意事項

1. 申請書に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合には*1は記入不要です。*2について記入して下さい。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者へ支給申請の場合)は*2は記入不要です。*1について次のとおり記入して下さい。
 - ・医療保険については、期間計算内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入して下さい。
 - ・介護保険については、期間計算内の全ての加入履歴について記入して下さい。但し、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合には添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入して下さい。

2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合には、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入して下さい。なお、この場合*3については記入不要です。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、計算期間末日において被扶養者であった者について記入して下さい。この場合については*3の記入が必要ですので、次の通り記入して下さい。
 - ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入して下さい。
 - ・介護保険については、計算期間内の全ての加入履歴について記入して下さい。但し、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入して下さい。

3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入して下さい。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合には、2枚目以降に記入して下さい。その場合、右上頁欄に全体の枚数と何枚目かを記入して下さい。

* 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請)

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。但し、次の事に注意して下さい。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したものと取り扱われます。その為、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありませぬ。この場合には、添付の「自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入して下さい。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。その為、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありませぬ。この場合には、添付の「自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入して下さい。
- ・対象となる計算期間中に当協会(組合)の被保険者期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には添付の「自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入して下さい。(なお、当該期間の自己負担額に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。)

↑ 基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取り扱いとする場合のみ記載。

* 支給方法については

- ・在職中の方は、給与にて給付の為、口座等の記入は必要ありません。
- ・任意継続・特例退職保険加入の方は、保険料引落口座の記入をおねがいします。
- ・給付時点で当健保組合の資格喪失済の方は、口座等の記入をおねがいします。