

高額介護合算療養費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎組合に対し、自己負担額証明書交付申請を行う場合は「2」を○で囲んでください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 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

提出区分 ① 申請者から直接 ② 事業所を經由

○ 組合員（申請者）に関する項目

被保険者証記号・番号	71-1505	481	氏名	大山 昇	
住所	〒150-0001 東京都渋谷区恵比寿1-1-1				
電話番号	(03) 1234-5678 ① 自宅・2 携帯・3 その他				
申請年月日	平成△△年△△月△△日	事業所名	平野土木株式会社		
申請者区分	① 組合員 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合）				

○ 申請内容に関する項目

申請内容	① 高額介護合算療養費の支給申請を行います。	申請書枚数	1 枚 / 2 枚中	年度	平成△△年度
	② 高額介護合算療養費の支給申請と自己負担額証明書の交付申請を行います。	申請対象期間	平成△△年8月1日から平成△△年7月31日まで		

○ 組合員申請者

氏名(生年月日)	② 照 大山 昇 (平42年1月4日生)	本組合の有資格(加入)期間	平成△△年8月1日から平成△△年7月31日まで
保険者加入階等	1	有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号
	2		備考

○ 合算対象被保険者

氏名(生年月日)	② 照 大山 和子 (平40年7月10日生)	本組合の有資格(加入)期間	平成△△年8月1日から平成△△年7月31日まで
保険者加入階等	1	有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号
	2		備考

○ 合算対象被保険者

氏名(生年月日)	② 照 大山 静子 (平20年12月6日生)	本組合の有資格(加入)期間	平成△△年8月1日から平成△△年7月31日まで
保険者加入階等	1	有資格(加入)期間	自己負担額証明書整理番号
	2		備考

○ 受領方法、振込先等

受領方法

① 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。）

② 次の代理人に受領を委任します。

平成 年 月 日 組合員 氏名 代理人 氏名

① ②

○ 振込先

金融機関名称	DKH銀行	支店名称	中目黒支店	コード	151
振込先	① 普通(総合を含む)・2 当座	口座番号	0120120	口座名義(フリガナ)	オオヤマノボル 大山 昇

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎対象となる計算期間内に加入履歴があれば記入してください。

この加入期間内に、療養等に係る自己負担額がある場合、「自己負担額証明書」を添付してください。（ただし、加入期間内に自己負担額がない場合は添付不要です。）

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
② 代理人の「氏名」欄に事業主名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

- ◎ 申請方法について（支給要件等については、給付事務センターにお問い合わせいただくか、組合ホームページ等によりご確認ください。）
- ア 最初に、介護保険者（市区町村）へ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を提出してください。また、計算期間（前年8月1日から当年7月31日まで）内に本組合以外の医療保険者へ加入し、当該医療保険者に係る自己負担額がある場合は、当該医療保険者に自己負担額証明書の交付申請を併せて行ってください。
- イ 介護保険者等から自己負担額証明書の交付を受けた後、この申請書に次の書類を添付して給付事務センターに提出してください。
- ◎ 添付書類について
- ア 基準日（7月31日）において組合員の加入する医療保険が本組合であるとき
- ・介護保険者が交付した自己負担額証明書（計算期間に本組合以外の医療保険者（後期高齢者医療制度を除く。）へ加入し、当該医療保険者に係る自己負担額がある場合については、当該医療保険者が交付した自己負担額証明書）
 - ・基準日の属する月の初日における、組合員及び組合員の世帯に属する被保険者全員の所得を証明する課税証明書等（課税所得額の記載があるもの。）
- イ 基準日において組合員であった者が加入する医療保険者が、本組合以外の医療保険者であるとき又は後期高齢被保険者である組合員であるとき
- ・この申請書（高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額交付申請書）のみ