

# 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	令和元年度	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)		住等計算期間中申請			
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	性別	男	個人番号	012345678901
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		加入期間	令和1年8月1日～令和2年7月31日	
被保険者番号	0123456789		保険者名称	広域市介護保険		加入期間	令和1年9月1日～令和2年7月31日	
振込口座	ゆうちょ	金融機関コード	9900	四四三	種目	普通 当座 貯蓄	口座番号	0123456
フリガナ	コウイキ タロウ		口座名義人	広域 太郎		口座管理番号		
保険者名	後期市介護保険		加入期間	令和1年8月1日～令和1年8月31日		添付の自己負担額証明書整理番号	備考	
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、必ず保険者名、加入期間、個人番号(右上の太字で囲んだ部分)も忘れずに記入してください。						記入不要		記入不要
代理人住所	0000000 0000 00アパート0号室		代理人氏名	後期 花子				
委任者(被保険者)氏名	広域 太郎		委任者電話番号	567 - 890 - 1234				
(宛先)	京都府後期高齢者医療広域連合長		計算期間中に加入していた介護保険を運営する市町村の長		令和3年5月1日			申請日
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。				(申請者) 郵便番号 123-4567				
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。				住所 0000000 0000 00アパート0号室				
「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。				氏名 後期 花子				
				電話番号 012 - 345 - 6789				

全員  
全員  
全員  
該当者のみ  
該当者のみ  
全員

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。

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。

次のどなたか  
・被保険者  
・申請の委任を受けた代理人  
・相続人代表者

(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