

**記載例**

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

( 1枚中1枚目)

※太枠線内のみ記載ください。

フリガナ	コクホ タロウ				個人番号	国保太郎さんの個人番号 (マイナンバー-12桁)				性別	男・女
被保険者氏名	国 保 太 郎				生年月日	昭和20年10月10日					
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫	本店 支店 出張所	種目 普通 当座	口座番号				フリガナ	口座管理 番号	振込先 口座
口座振込					長 岡	アオーレ	1	2	3		

(あて先) 長岡市長 磯田 達伸 様  
 (あて先) 高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費・高額医療合算介護予防  
 サービス費相当事業) の支給を申請します。  
 自己負担額証明書の交付を申請します。  
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、チェックしてください。

申請者(被保険者) 令和 元 年 5 月 1 日  
 郵便番号 940-8501  
 住 所 長岡市大手通1丁目4番地10  
 氏 名 国 保 太 郎  
 個人番号 国保太郎さんの個人番号 (マイナンバー-12桁)  
 電話番号 (0258) 39-2006

【委任状】 支給される高額介護合算療養費の受領(申請)を下記の者に委任します。

委任する人 氏名	印	委任を受ける人	郵便番号
			住 所
			氏 名
			印 委任する人との関係
			電話番号

委任状の欄は、申請者(被保険者)以外の口座をご指定される場合にご記入ください。

- ① 委任する人の欄に申請者氏名、押印
- ② 委任を受ける人の欄に口座名義人氏名、郵便番号、住所、電話番号、捺印、続柄

資格情報	申請書整理番号	計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月			
	(期間中死亡者あり)	3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住あり)	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請			
	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	長岡市	年 月 日から 年 月 日まで			
後期高齢者医療	保険者番号	被保険者番号	広域連合名称			
			加入期間			
			年 月 日から 年 月 日まで			
介護保険	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
	152025		長岡市			
			加入期間			
			年 月 日から 年 月 日まで			
保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	1	年 月 日から 年 月 日まで		3	年 月 日から 年 月 日まで	
	2	年 月 日から 年 月 日まで		4	年 月 日から 年 月 日まで	

## 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) 2人以上の対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (3) 介護保険で給付制限を受けており、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零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。

### 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、それぞれの保険者へ申請する必要があります。