

## 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)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで			枚中		枚目
--------	----	----	-----------	---	---	-----	---	---	-----	--	--	----	--	----

フリガナ											保険者加入歴*1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名											1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年	月	日	生	性別						2		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号											3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称*2							
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号				フリガナ			
1. 窓口払い 2. 口座振込														

フリガナ											保険者加入歴*1	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		年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	年	月	日	生	性別						2		年 月 日から 年 月 日まで			
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで	3								年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ											保険者加入歴*1	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		年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	年	月	日	生	性別						2		年 月 日から 年 月 日まで			
加入期間	年	月	日から	年	月	日まで	3								年 月 日から 年 月 日まで	

備考															
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

日本電気健康保険組合理事長 殿

申請年月日 年 月 日

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

住 所

\* 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸を囲んで下さい。  
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

申請者氏名

印

電話番号

## 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ん。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ん。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。
- ・任意継続保険加入の方は、任意継続保険申し込み申請書に記載された口座への振込みとなりますので、口座等の記入は必要ありません。
- ・給付時点で退職され任意継続未加入の場合は「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」に記載された銀行口座への振込み。

# 「自己負担額証明書」 申請の場合

## 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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 年度	対象となる計算期間	年 月 日から 年 月 日まで			枚中	枚目
--------	-------	-----------	-----------------	--	--	----	----

フリガナ	ケンボ 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
申請者氏名	健保 太郎	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	020-1234567	3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称*2 7月31日時点で加入している保険者の名称を記入してください。		

記入不要

申請時点でNEC健保の資格を喪失している方のみ記入

フリガナ	ケンボ ジロウ	被扶養者氏名	健保 花子	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	1	年 月 日から 年 月 日まで			
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×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			
フリガナ	ケンボ ハナコ	被扶養者氏名	健保 次郎	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別	1	年 月 日から 年 月 日まで			
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×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			

記入不要

申請者及び扶養者についてNEC健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月）を記入して下さい。

日本電気健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日
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。 * 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸を囲んで下さい。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号	必ず記入 印

# 「高額介護合算療養費」申請の場合

## 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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 年度	対象となる計算期間	年 月 日から	年 月 日まで		枚中	枚目
--------	-------	-----------	---------	---------	--	----	----

フリガナ	ケンボ 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	
申請者氏名	健保 太郎	1		年 月 日から			
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別			年 月 日まで			
被保険者証の記号・番号	020-1234567	3		年 月 日から			
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで			年 月 日まで			
文給方法	1. 窓口払い 2. 口座振込	申請時点でNEC健保の資格を喪失している方のみ記入		期間計算内に他の医療保険加入期間がある場合に記入		記入不要	

フリガナ	ケンボ ジロウ	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	健保 花子	1		年 月 日から			
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別			年 月 日まで			
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで	3		年 月 日から			
フリガナ	ケンボ 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	健保 次郎	1		年 月 日から			
生年月日	S××年 ×月 ×日 生 性別			年 月 日まで			
加入期間	S×年 ×月 ×日から S×年 ×月 ×日まで	3		年 月 日から			

備考 申請者及び扶養者についてNEC健保加入期間の合算対象となる受診歴（受診した年月）を記入して下さい。

日本電気健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 高額介護合算療養費の支給を申請します。</li> <li>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</li> <li>* 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸を囲んで下さい。高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</li> </ul>	郵便番号 住 所 申請者氏名 電話番号	必ず記入 印