

給 付 金 支 給 書	支 給 額	万	千	百	十	円	資 格 取 得 日	年 月 日			常 務 理 事	事 務 長	業 務 課 長	係 長	担 当 者
							資 格 喪 失 日	年 月 日							
							支 給 期 間	支 給 期 間	自 至	年 月 日 日					

高 額 介 護 合 算 療 養 費 支 給 申 請 書

申 請 対 象 年 度	平成・令和 年度	対象となる計算期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで					ページ数	枚 中	枚 目
-------------	---------------------	-----------	---	--	--	--	--	------	-----	-----

被 保 険 者 証 の 記 号・番 号	—	被 保 険 者 氏 名	フリガナ			保 険 者 加 入 歴	介護保険者名および当組合以外の 健康保険に加入していた場合の保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号 ※2
			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 生	性 別		男・女	1		年 月 日 から	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		
※1「対象となる計算期間」中に、介護保険や他の健保組合に加入していた期間があれば記入してください。 (当健保組合以外に加入していない場合には記入不要です。) ※2介護保険等から自己負担額証明書の交付を受け、発行された自己負担額証明書の整理番号を記入してください。													

被 扶 養 者 氏 名	フリガナ					保 険 者 加 入 歴	介護保険者名および当組合以外の 健康保険に加入していた場合の保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号 ※2
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 生	性 別	男・女	1			年 月 日 から	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				
※1「対象となる計算期間」中に、介護保険や他の健保組合に加入していた期間があれば記入してください。 (当健保組合以外に加入していない場合には記入不要です。) ※2介護保険等から自己負担額証明書の交付を受け、発行された自己負担額証明書の整理番号を記入してください。													

被 扶 養 者 氏 名	フリガナ					保 険 者 加 入 歴	介護保険者名および当組合以外の 健康保険に加入していた場合の保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号 ※2
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 生	性 別	男・女	1			年 月 日 から	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				
※1「対象となる計算期間」中に、介護保険や他の健保組合に加入していた期間があれば記入してください。 (当健保組合以外に加入していない場合には記入不要です。) ※2介護保険等から自己負担額証明書の交付を受け、発行された自己負担額証明書の整理番号を記入してください。													

上記のとおり高額介護合算療養費の支給を申請します。		☐		公金受取口座を希望する場合は□にチェックを入れて下さい。下記の記載は不要です。									
令和 年 月 日				振込希望の銀行・支店名		預金種別		口 座 番 号		口 座 名 義 人			
申 請 者	郵便番号	-		銀行 金庫 信組	本店 支店	普通・当座・貯蓄				フリガナ			
	住 所												
	氏 名												
	電話番号	-	-										
／ 受 付 年 月 日 \													

【1. 支給要件】

- ①当組合の被保険者とその被扶養者で、**健康保険(医療保険)と介護保険の両方において自己負担が発生している世帯**が対象です。
(健康保険(医療保険)と介護保険のいずれか一方だけしか費用が発生していない場合は、対象となりません。)
- ②毎年8月1日～翌年7月31日までを1年とした自己負担額合計が、下記の「自己負担限度額(表1)」を超えている場合に申請可能です。
(高額療養費(表2)が支給されている場合や、高額介護サービス費・高額介護予防サービス費が支給されている場合には、**それらの額を控除した額が申請対象**となります。)

■自己負担限度額

表1 高額介護合算

自己負担限度額(年額)[2018年8月診療以降]		
標準報酬月額	70歳未満 ※1	70歳以上 ※1
83万円以上	212万円	212万円
53～79万円	141万円	141万円
28～50万円	67万円	67万円
26万円以下	60万円	56万円
低所得者	I	31万円
	II	19万円 ※2

※1…対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用したあと、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用します。
※2…介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円となります。

表2 高額療養費

自己負担限度額(医療費)[2018年8月診療以降]			
標準報酬月額		外 来	世帯一か月の上限
83万円以上		252,600円+(総医療費-842,000円)×1%〈多数回該当140,100円〉	
53～79万円		167,400円+(総医療費-558,000円)×1%〈多数回該当93,000円〉	
28～50万円		80,100円+(総医療費-267,000円)×1%〈多数回該当44,400円〉	
26万円以下		18,000円〈年間上限144,000円〉※3	57,600円〈多数回該当44,400円〉
低所得者	I	8,000円 ※3	35,400円〈多数回該当24,600円〉 24,600円 ※3
	II		35,400円〈多数回該当24,600円〉 15,000円 ※3

※3…70歳以上のみの場合。
注…表中の〈多数回該当〉は、過去12か月以内に3回以上上限額に達した月があり、4回目以上の月から上限額が下がります。
注…入院した場合の食費や差額ベッド代、文書料等は別途自己負担する必要があります。

【2. 支給について】

算出した結果、1年間の自己負担額合計－自己負担限度額が500円未満の場合は、不支給となります。

【3. 添付書類】

- (1)介護保険者発行の「自己負担額証明書」
- (2)計算期間中に当組合以外から異動された方は、以前に加入されていた医療保険者発行の「自己負担額証明書」

【4. 支給日】

対象の医療機関等より診療報酬明細書(レセプト)が到着後、支給決定処理となります。レセプトは2か月後に請求されますので、早くて最終月の3か月後に支給となります。
(請求遅延の関係で決定処理に時間を要する場合もございますので、ご了承ください。支給決定後、支給決定通知を送付いたします。)