

# 高額介護合算療養費申請書

医療保険上の世帯を単位として、計算期間の末日にその世帯に属する者に関し、組合員等が当該計算期間に負担した自己負担額の合計額が、介護合算算定基準額に支給基準額を加えた額を超える場合に支給されます。

※医療保険制度又は介護保険制度に係る自己負担額がいずれかが0円の場合は支給対象外となります。

- (1) 「医療保険上の世帯」 組合員及びその被扶養者
- (2) 「計算期間」 前年8月1日～7月31日までの期間
- (3) 「自己負担額」

ア. 医療に係る自己負担額

保険給付の対象となる療養についての自己負担額から「高額療養費」及び「附加給付金」を控除した額

※70歳未満は、一医療機関で1ヶ月に支払った金額が21,000円以上の場合。

※医療に係る自己負担であり、食事代、差額ベッド代等、保険給付とならないものについては対象外。

イ. 介護に係る自己負担額

介護サービスに係る利用者自己負担額の合計額から「高額介護サービス費」又は「高額介護予防サービス費」を控除した額

ウ. 「高額介護合算療養費」の支給額の算定となる自己負担額の合算の範囲

7月31日時点において、医療保険上世帯に属する者が計算期間(前年8/1～7/31)において負担した自己負担額を合算

(別添様式 1)

計算期間は毎年8/1～7/31です。

高額介護合算療養費支給・自己負担額証明書交付 申請書

(共済組合記入欄)  
支給申請書整理番号

なる計算期間 令和〇年8月1日から 令和〇年7月31日まで 1 枚中 1 枚目

フリガナ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
フリガナ 組合員氏名 共 済 太 郎	1	令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日まで	
生年月日 S・H 〇年 〇月 〇日 性別 (男)・女	2	令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日まで	
組合加入期間 令和〇年4月1日から 令和〇年9月30日まで	3	令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日まで	
フリガナ 被扶養者氏名	1	令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日まで	
生年月日 S・H・R 年 月 日 性別 男・女	2	令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日まで	
加入期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	3	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
フリガナ 被扶養者氏名	1	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
生年 加入	2	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
	3	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	

備考

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

申請年月日 〇年 8月 10日

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇市数田南5-14-53

組合員氏名 共 済 太 郎

電話番号 000-000-0000

所属所長 職 名 〇〇〇〇〇長  
氏 名 △ △ △ △

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。

※自己負担額証明書交付申請を行う場合…①②のいずれも○で囲んでください。  
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○で囲んでください。

申請する内容に合わせて○をつけてください。

自己負担額証明書交付を申請する場合には記入してください。

保険者加入歴欄については高額介護合算療養費支給を申請する場合は、記入してください。

【添付書類】 高額介護合算療養費支給申請を行う場合

- ・介護保険者(市町村)が交付した「自己負担額申請書」
- ・計算期間内に加入健康保険者に変更がある場合は、その保険者が交付した※「自己負担額証明書」(計算期間内に加入した保険者全ての証明がそれぞれ必要です。)

※「自己負担額証明書」はマイナンバーによる情報連携が可能な場合は添付不要です。