高額介護合算療養費について

同一世帯に属する加入者が８月１日から翌年７月 31 日までに支払った医療費の自己負担額と介護保険の自己負担額を合算し、限度額を超える場合、申請により超えた金額が支給されます。対象になると、広域連合から「高額介護合算療養費の支給申請のお知らせ」が届きますので、健康課又は出張所にてお手続ください。

所得区分	限度額
現役並み所得者Ⅲ　６９０万円以上	２１２万円
現役並み所得者Ⅱ　３８０万円以上	１４１万円
現役並み所得者Ⅰ　１４５万円以上	６７万円
一般	５６万円
低所得Ⅱ	３１万円
低所得Ⅰ	１９万円

≪申請に必要な物≫

・高額介護合算療養費申請書
・通帳
・マイナンバーカード（通知カード等マイナンバーがわかるもの）
・身分証明書
・印鑑
・委任状①（被保険者本人以外に振込む場合）
・委任状②（重度心身障害者医療費助成受給者用）

【様式４】（表）

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

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	

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）	3．計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）	4．死亡・海外移住等計算期間中申請

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日生	性別	男・女	個人番号	
氏　名						計算期間の始期及び終期	令和　年　月 ～ 令和　年　月

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	広域連合名称	被保険者番号	加入期間
39020003	青森県後期高齢者医療広域連合		令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	保険者名称	被保険者番号	加入期間
			令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで

振込口座記入欄	銀行／信用金庫／信用組合／協同組合／労働金庫	金融機関コード	本店／支店／出張所／営業部	店番（店舗番号）	種別	口座番号	フリガナ	
					1．普通預金 2．当座預金 3．貯蓄預金 4．その他		口座名義人	

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	市町村記入欄					
	1	国保・介護	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		介護認定	有・無	重心	有・無	受領申立書	有・無
	2	国保・介護	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		所得区分	低Ⅰ・低Ⅱ・一般・現役並み所得者Ⅰ・現役並み所得者Ⅱ・現役並み所得者Ⅲ				
	3	国保・介護	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		備考欄					
	4	国保・介護	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで							

様
様
青森県後期高齢者医療広域連合長　様

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

2 上記対象者について、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は、２を丸で囲んでください。

3 本申請書を持って、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

令和　年　月　日

郵便番号　―

住　所

申請者
氏　名

電話番号　―　―

	人中		人目

	枚中		枚目

【様式４】（裏）

委　任　状

令和　　年　　月　　日

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※署名または記名押印）

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私（申請者）は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に関する **申請** を行うことの権限を委任する。

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※署名または記名押印）

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私（申請者）は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に関する **受領** を行うことの権限を委任する。

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※署名または記名押印）

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様

様

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

※「１」を○で囲んでください。ただし、R1.8.1～R2.7.31の途中で後期高齢者医療被保険者の資格を喪失した方は、「２」または「３」のいずれか該当する方を○で囲んでください。

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 【記入例４】（表）

※R2.7より前に資格を喪失した方は、資格喪失した年月をご記入ください。

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	（保険者等記入欄）	

※通知カードまたは、個人番号カードに記載されている個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

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）	3．計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）	4．死亡・海外移住等計算期間中申請

フリガナ	アオモリ　タロウ	生年月日	明治・(大正)・昭和　○年　○月　○日生	性別	(男)・女	個人番号	□□□□□□□□□□□□
氏　名	青森　太郎					計算期間の始期及び終期	令和　元　年　8　月　～　令和　2　年　7　月

後期高齢者医療資格情報

※R1.8.1～R2.7.31の途中で被保険者の資格を取得した方はその日からを、資格を喪失した方はその日までをご記入ください。（死亡により資格喪失された方は、資格喪失日の前日までをご記入ください。）

保険者番号	広域連合名称	被保険者番号	
39020003	青森県後期高齢者医療広域連合	（例）01234567　※後期高齢者医療被保険者証又は支給申請について（お知らせ）に記載の8桁の番号	令和　元　年　8　月　1　日から　令和　2　年　7　月　31　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	保険者名称	被保険者番号	加入期間
（例）012345 ※介護保険被保険者証又は支給申請について(お知らせ)に記載の6桁の番号	○○市　※介護保険被保険者証又は支給申請について（お知らせ）に記載の保険者（市町村名）	（例）0012345678　※介護保険被保険者証又は支給申請について（お知らせ）に記載の10桁の番号	令和　元　年　8　月　1　日から　令和　2　年　7　月　31　日まで

振込口座記入欄	ゆうちょ	銀行・信用金庫・信用組合・協同組合・労働金庫	金融機関コード	八四八	本店・(支店)・出張所・営業部	店番（店舗番号） △△△	種別 1．普通預金 2．当座預金	口座番号 △△△△△△△	フリガナ	アオモリ　タロウ
									口座名義人	青森　太郎

※　金融機関コード（グレー部分）は記入不要です。

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
	1	国保・介護	平成　年　月　日から 令和　年　月　日まで	
	2	国保・[illegible]	平成　年　月　日から 日まで	
	3	国保・[illegible]	日から 日まで	
	4	国保・[illegible]	令和　年　月　日から 日まで	

※R1.8.1～R2.7.31までの間に、青森県後期高齢者医療以外の医療保険や以前お住まいの市区町村介護保険等に加入していた期間がある方は、ご記入ください。

市町村記入欄					
介護認定	有・無	重心	有・無	受領申立書	有・無
所得区分	低Ⅰ・低Ⅱ・一般・現役並み所得者Ⅰ・現役並み所得者Ⅱ・現役並み所得者Ⅲ				
備考欄					

※R1.8.1～R2.7.31までの間で「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。

※「介護保険資格情報」の各項目は、R1.8.1～R2.7.31までの間に介護保険の「要介護・要支援認定」を受けていた方のみご記入ください。

様
様
青森県後期高齢者医療広域連合長　様

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

2　上記対象者について、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は、２を丸で囲んでください。

3　本申請書を持って、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

令和　○　年　○○　月　○○　日

郵便番号　○○○　－　○○○○

住　所　青森市△△○丁目○番○号

申請者氏名　青森　太郎

※申請者と受領者が異なる場合は押印が必要です。

電話番号　○○○　－　○○○　－　○○○

	人中		人目		枚中		枚目

◎この委任状は、**被保険者**（または**相続人代表者**）以外の方が**申請**または**受領**を行う場合に記入してください。

※ 被保険者に代わって申請書を代筆する場合は、委任状の記入は必要ありません。

委　任　状【記入例４】（裏）

令和〇年〇〇月〇〇日

※被保険者（または相続人代表者）の氏名等をご記入ください。

〒000-0000

申請者　住　所　青森市△△〇丁目〇番〇号

氏　名　青森　太郎　（青森）
（※署名または記名押印）

生年月日　大正〇年〇月〇日

※被保険者（または相続人代表者）以外の方が、**申請**する場合にご記入ください。

私（申請者）は、青森　カズオ を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に関する **申請** を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人　住　所　青森市大字〇〇字△△□□番地〇

氏　名　青森　カズオ　（青森）
（※署名または記名押印）

生年月日　昭和〇年〇月〇日

電話番号　000-0000-0000

続　柄　子

※被保険者（または相続人代表者）以外の方が、**受領**する場合にご記入ください。

私（申請者）は、連合　花子 を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に関する **受領** を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人　住　所　岩手県□□市□□〇〇番△

氏　名　連合　花子　（連合）
（※署名または記名押印）

生年月日　昭和〇年〇月〇日

電話番号　000-000-0000

続　柄　子

様

様

青森県後期高齢者医療広域連合長　様