

(様式 ①)

高額介護合算療養費支給申請書

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

(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	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		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号					2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から					年 月 日から 年 月 日まで		

フリガナ				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	
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		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から						年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ				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	
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		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から						年 月 日から 年 月 日まで	

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

武田薬品健康保険組合理事長 殿 高額介護合算療養費の支給を申請します。 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委託します。 (但し、任継継続者は直接払い(振込)となります。) 申請年月日 年 月 日	郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号 印
---	----------------------------------

- ◎ 武田薬品健康保険組合加入期間中の「自己負担額証明書」添付は不要です。
- ◎ 他健保・介護保険の「自己負担額証明書」は必ず添付してください。ただし、自己負担額が0円である場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付省略」とご記入ください。
また、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。
- ◎ 武田薬品の方・任意継続の方は、健保組合へ、武田薬品以外の方は、各会社の健保担当者に提出してください。
- * 自己負担額証明書の添付について
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。
ただし、次のことに注意してください。
* 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。そのため、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」と記入してください。
* 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。そのため、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なりません。
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」と記入してください。

健保処理欄	
給付金計算入力	
関係者への計算書送付	
不支給時決定通知書送付	