

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

(共済組合記入欄)

支給申請書整理番号

枚中 枚目

●太線枠内を記入してください

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

フリガナ	組合員氏名	生年月日	組合員証の記号・番号	加入期間	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで	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	
					計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		

フリガナ	被扶養者氏名	生年月日	加入期間	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日生	年 月 日から 年 月 日まで	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	

フリガナ	被扶養者氏名	生年月日	加入期間	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日生	年 月 日から 年 月 日まで	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	

備考

上記のとおり 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。
 ※ ①・②のいずれかを丸で囲んでください。

退職者の場合

東京都職員共済組合理事長 殿
 年 月 日

申請者 住所
 氏名

印

* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日
 職 名
 所属所長
 氏 名
 担当者

電話番号

印

共済組合受付印

共済組合
 決定欄
 課長

課長代理

担当

記入上の注意事項

1. 申請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は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
 - ・医療保険については、計算期間内に医療保険に加入した履歴があれば、記入してください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、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」と記入してください。

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ください。なお、この場合は※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を行う場合は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。

この場合については、※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。

 - ・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ください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、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」と記入してください。

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）を記入してください。（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は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

* 支給申請を行う場合の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。

- ・共済・健康保険・船員保険においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する組合員（被保険者）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ありせん。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。
- ・対象となる計算期間中に当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」と記入してください。（なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要になりますのでご注意ください。）

記入例

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

(共済組合記入欄)

支給申請書整理番号

1 枚中 1 枚目

申請対象年度 〇〇 年度 対象となる計算期間 〇〇年 8月 1日から 〇〇年 7月 31日まで

フリガナ	キョウサイ ケンタロウ	保険者加入歴 ※1	1				対象となる計算期間は、各年度の8月1日から翌年7月31日までです。	
組合員氏名	共済 健太郎		2	年	月	日から		日まで
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生		3	年	月	日から		日まで
組合員証の記号・番号	012345678		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2					
加入期間	〇〇年 〇月 〇日から 年 月 日まで							

フリガナ	キョウサイ キョウコ	保険者加入歴 ※3	1	新宿区	〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日まで	〇〇〇〇×××△△△〇〇〇	
被扶養者氏名	共済 京子		2	年	月	日から	日まで
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生		3	年	月	日から	日まで
加入期間	〇〇年 〇月 〇日から 年 月 日まで		対象となる計算期間内に、被扶養者であったもの全員を記入してください。				

フリガナ	キョウサイ ハナコ	保険者加入歴 ※3	1				対象となる計算期間内に、加入していたその他の医療保険者及び介護サービスを受けていた介護保険者について記入してください。	
被扶養者氏名	共済 花子		2	年	月	日から		日まで
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生		3	年	月	日から		日まで
加入期間	〇〇年 〇月 〇日から 年 月 日まで							

備考

- 上記のとおり 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。
- ※ ①・②のいずれかを丸で囲んでください。

退職者の場合

東京都職員共済組合理事長 殿

年 月 日

〒 163-0000
 申請者 住所 東京都新宿区中央〇-〇-〇
 氏名 共済 健太郎 (印) (共済)

* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

上記の記載事項は、事実

申請年月日を記入(対象となる計算期間が経過した後に申請してください。)

証明年月日を記入

年 月 日
 職名 〇〇区長
 氏名 東京子
 担当者 戸山 恵美子

電話番号 03-123-4567

公印

印

共済組合受付印

共済組合
決定欄

課長

課長代理

担当