

(様式 ①)  
(Form ①)

# 高額介護合算療養費支給申請書 Application for Payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge

(保険者記入欄)  
(To be filled out by the Society)

支給申請書整理番号

申請対象年度 Fiscal year of application	FY	対象となる計算期間 Period on which calculations for the application are based	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	枚中 Total number of pages	枚目 This page
--------------------------------------	----	---	--	-----------------------------	-----------------

申請者氏名 Applicant name	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	性別 Gender	被保険者記号・番号 Insured person code and no.	加入期間 Membership period	保険者加入歴 Insurance coverage record	保険者名 Insurer	加入期間 Membership period		添付の自己負担額証明書整理番号 Ref. no. of attached copayment certificate
							年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /			From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	1		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /			From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	2		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /			From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	3		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	

被扶養者氏名 Dependent name	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	性別 Gender	加入期間 Membership period	保険者加入歴 Insurance coverage record	保険者名 Insurer	加入期間 Membership period		添付の自己負担額証明書整理番号 Ref. no. of attached copayment certificate
						年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	1		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	2		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	3		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	

被扶養者氏名 Dependent name	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	性別 Gender	加入期間 Membership period	保険者加入歴 Insurance coverage record	保険者名 Insurer	加入期間 Membership period		添付の自己負担額証明書整理番号 Ref. no. of attached copayment certificate
						年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	1		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	2		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
	/ /		From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	3		年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	

備考 Notes	
-------------	--

申請年月日 年 月 日  
Application date (Y/M/D): / /

武田薬品健康保険組合理事長 殿  
To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

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、任継続者は直接払い(振込)となります。)

I request payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses.  
I hereby authorize my employer as my proxy to receive benefits based on this application.  
(Note that benefits will be paid directly to Voluntarily and Continuously Insured Persons by bank remittance.)

郵便番号/Postal code  
住所/Address  
申請者氏名/Applicant name  
電話番号/Tel.

- ◎ 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。

- ◎ You do not need to attach a copayment certificate for periods during which you are a member of the Takeda Health Insurance Society.
- ◎ Be sure to attach a copayment certificate for any other health insurance or long-term care insurance. However, if your copayment is zero, enter "Omitted" under "Ref. no. of attached copayment certificate" above. Additionally, you do not need to enter any information for periods for which you and/or your dependents were not issued a long-term care insurance card.
- ◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section at your company responsible for health insurance.
- ◎ Attaching copayment certificates  
If the applicant and/or any of his or her dependents as of the end of the calculation period made a copayment in any of the periods indicated under the "Membership period" above, the relevant copayment certificate must be attached. However, note the following:  
\* Under health insurance, Seaman's Insurance, and mutual aid associations, copayments for examination and treatment received as a dependent are considered to have been paid by the insured person on which that person is a dependent. For this reason, the dependent is considered to have made no copayments for the period he or she was a dependent. In such cases, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate" above.  
\* Under National Health Insurance, copayments for examination and treatment received by members of the household are considered to have been paid by the head of the household. For this reason, family members other than the head of household are considered to have made no copayments for the period covered by National Health Insurance. In such cases, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate" above.

健保処理欄 For Society use	
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	