

# 記入例/ Example of completed form

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。

Check each of the check boxes before submitting the application form.

対象となる計算期間は8月1日から、翌年7月31日以前の精算対象者の資格喪失日の前日までとしてください。  
Enter a calculation period from August 1 through the day before the date of loss of eligibility of the person subject to calculation. This date can be no later than July 31 of the following year.

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。  
Leave this space blank. It is for use by the Society.

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。  
Enter the total number of pages and the number of the current page if the application requires more than one page.

申請対象年度は「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載することになります。  
添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。  
As the fiscal year of the application, enter the year that includes the start date for the period shown under "Period on which calculations for the application are based." Make sure this is the same as the fiscal year certified on the attached copayment certificates.

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄が足りない場合（対象被扶養者が3人以上の場合・保険者加入履歴が4か所以上の場合）は、2枚目以降に記入してください。  
If you do not have enough space to enter the insurance coverage record of the applicant or dependent information (i.e., when the number of subject dependents is three or more or the applicant has been insured by four or more insurers), continue on page 2 or subsequent pages.

(様式 ①)  
Form ①

## 高額介護等給付支給申請書 Application for Payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses

(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 2016	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 2016/ 8 / 1 (Y/M/D) to 2017/ 7 / 31 (Y/M/D)	2	枚中 Total number of pages	1	枚目 This page
申請者氏名 Applicant name	Taro Kempo			保険者加入履歴 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
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日 生	性別 Gender	M		1	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
被保険者記号・番号 Insured person code and no.	1 2 3 - 4 5 6 7				2	年 月 日から 年 月 日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)	
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 990 / 4 / 1 (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)		
被扶養者氏名 Dependent name	Matsuko Kempo			保険者加入履歴 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
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日 生	性別 Gender	F		1	City of Long-term Care Insurance From 2016/ 8 / 1 (Y/M/D) to 2017/ 6 / 1 (Y/M/D)	1 2 3 - 4 5 6 7 8 9
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 990 / 4 / 1 (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)	
				3	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	Umetaro Kempo			保険者加入履歴 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
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 / 月 / 日 生	性別 Gender	M		1	City of Long-term Care Insurance From 2016/ 8 / 1 (Y/M/D) to 2017/ 6 / 1 (Y/M/D)	9 2 3 - 5 5 6 7 8 9
加入期間 Membership period	年 月 日から 年 月 日まで From 990 / 4 / 1 (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)	
				3	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  
Application date (Y/M/D): 2017 / 11 / 1

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

高額介護等給付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専業主に委託します。  
(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 5 6 7 - 0 0 0 0  
住所/Address 1-1 \_\_\_-cho, \_\_\_-ku, \_\_\_  
申請者氏名/Applicant name Taro Kempo  
電話番号/Tel. 999 (9999) -9999

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てい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。(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。)

加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。

For the Health Insurance, enter detailed information on insurance coverage if you were covered by different health insurance during the calculation period. For long-term care insurance, enter all insurance coverage information for periods for which you were not issued a long-term care insurance card.)

If you made copayments for medical care or other services during the period covered, you must attach a copayment certificate. Enter the copayment certificate ref. no. on the certificate under "Ref. no. of attached copayment certificate" on this form.

You do not need to attach a certificate if you made no copayments during the period covered. In such cases, enter "None attached."