

記入例/Example of completed

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

Application for Payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses / Issuance of Copayment Certificate

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
記入不要 Leav blank			

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。  
(To the applicant) Please see the reverse side for application.

「対象となる計算期間」の開始日が属する年度をご記入ください。  
Enter the fiscal year containing the start date of the "period"

申請区分 Application category	<input type="checkbox"/> ① 高額介護合算療養費の支給 ① I hereby apply for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses. <input type="checkbox"/> ② 自己負担額証明書の交付を ② I hereby apply for issuance of a Copayment Certificate.	申請対象年度 Year of application	令和 年度 FY 2024	対象となる計算期間 Period on which calculations for the application are based (Y/M/D)	年月日から 年月日まで From 2024 / 12 / 10 to 2025 / 07 / 06	枚中 Total number of pages	枚目 This page
------------------------------	--	-------------------------------	------------------	---	--	-----------------------------	-----------------

申請者氏名 Applicant name	Taro Kenmpo			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
被保険者記号・番号 Insured person code and no.	記号(code): 10	番号(no): 999999	保険者加入歴 Insurance coverage record	<input type="checkbox"/> 記入上の注意事項(裏面)を参照のうえ、ご記入ください。 Please fill out this section referring to the notes on the reverse side.		
生年月日 Date of birth (Y/M/D)	昭・平・令 XX / XX / XX	性別 Gender	1	<input type="checkbox"/> 申請対象期間8月1日～翌年7月31日のうち計算対象となる期間をご記入ください。 Enter the period subject to calculations within the application period from August		
加入期間 Membership period	From XX / XX / XX (Y/M/D) to XX / XX / XX (Y/M/D)		2	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2 *Name of medical insurer as of the last day of the period subject to calculations 2		

被扶養者氏名 Dependent name	Matsuko Kenmpo			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)	昭・平・令 XX / XX / XX	性別 Gender	1	<input type="checkbox"/> 記入上の注意事項(裏面)を参照のうえ、ご記入ください。 Please fill out this section referring to the notes on the reverse side.		
加入期間 Membership period	From XX / XX / XX (Y/M/D) to XX / XX / XX (Y/M/D)		2	※3		

被扶養者氏名 Dependent name				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)	昭・平・令 / /	性別 Gender	1	年月日から 年月日まで From / / (Y/M/D) to / / (Y/M/D)		
加入期間 Membership period	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)		

備考	<input type="checkbox"/> 記入上の注意事項(裏面)を参照のうえ、ご記入ください。 Please fill out this section referring to the notes on the reverse side.
----	--

振込先の確認	<p>&lt;この欄は、高額介護合算療養費の支給を申請される場合にご記入ください&gt; &lt; Please complete this section if you are applying for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses &gt;</p> <p>本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] after confirmation.)</p> <p><input type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together</p> <p><input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment.</p> <p>※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ □(チェック[✓]してください) If using a public funds receipt account pre-registered on Mynaportal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])</p>
--------	---

申請年月日 Application date (Y/M/D): XXXX / XX / XX	令和 年 月 日
武田薬品健康保険組合理事長 殿 To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society	
上記申請区分で選択した給付金の支給または証明書の交付を申請します。 I apply for payment of the benefits selected in the above application category or issuance of the certificate.	
住所/Address 〒 XXX-XXXX Osaka ○○city ○○ku ○○	
申請者氏名/Applicant name Kempo Taro	
電話番号/Tel. ○○○-○○-○○○○	

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

## 記入上の注意事項

### 1. 申請区分について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①、②のいずれも四角にチェック☑をしてください。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①の四角のみチェック☑をしてください。

### 2. 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のみを行う場合(計算期間の末日に武田健保に加入しており、支給申請する場合は)、※2は記入不要です。※1について次の通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無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. 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のみを行う場合(計算期間の末日に武田健保に加入しており、支給申請する場合は)、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、次の通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無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。

### 4. 備考欄について

備考欄については、申請者およ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。(ほか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。)

### 5. 振込先の確認について

高額介護合算療養費の支給を申請する際に給付金の振込先に公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

### 6. 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。

### 【自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に武田健保に加入しており、支給申請する場合)】

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)が負担したものとして取り扱われます。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して取り扱われます。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。

・対象となる計算期間中に武田健保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となりますのでご注意ください。)

### 【非課税証明書等の添付について(計算期間の末日に武田健保に加入しており、支給申請する場合)】

基準日(計算期間の末日)の属する年度の前年度分の市区町村民税が非課税の場合は、非課税証明書等の証明書類を添付してください。ただし、被保険者が計算期間の途中で死亡した等により基準日が前年8月1日から3月31日のいずれかの日を基準とみなした場合にあつては、当該基準日とみなした日の属する年度分の証明書類を添付してください。

< Notes on filling out this application >

**1. Application category**

- (1) If you are applying for issuance of a Copayment Certificate, check [✓] both boxes ① and ②.
- (2) If you are applying only for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses, check [✓] only box ①.

**2. Fields concerning the applicant**

- (1) You do not need to complete \*1 if you are applying for issuance of a Copayment Certificate. Please complete \*2.
- (2) If you are applying only for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses (if you are a member of the Takeda Health Insurance Society as of the last day of the period subject to calculations and applying for payment), you do not need to complete \*2. Please complete \*1 as described below.
  - Health insurance: Enter records of enrollment with other health insurers, if any, during the period subject to calculations.
  - Long-term care insurance: Enter all records of enrollment during the period subject to calculations. However, you do not need to enter information for periods when a long-term care insurance card was not issued to you.
  - Copayment Certificates: You do not need to attach certificates if you made no copayments during the period in question. In this case, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate."

**3. Fields concerning dependents**

- (1) If you are applying for issuance of a Copayment Certificate, fill out this form for persons who were dependents during the period covered by the Certificate. Note that you do not need to complete \*3 in this case.
- (2) If you are applying only for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses (if you are a member of the Takeda Health Insurance Society as of the last day of the period subject to calculations and applying for payment), fill out this form for persons who were dependents as of the last day of the period subject to calculations. In this case, you must complete \*3 as described below.
  - Health insurance: Enter records of enrollment with other health insurers, if any, during the period subject to calculations.
  - Long-term care insurance: Enter all records of enrollment during the period subject to calculations. However, you do not need to enter information for periods when a long-term care insurance card was not issued to the person.
  - Copayment Certificates: You do not need to attach certificates if the person made no copayments during the period in question. In this case, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate."

**4. Remarks**

In the "Remarks" field, enter records of examinations (dates [Y/M] of examination) during the membership period of the applicant and of relevant persons who were dependents (period entered under "Membership period" beneath the "Name" field). (You do not need to enter records of examinations for periods enrolled with other medical insurances.)

**5. Confirmation of Bank Account for Payment**

When applying for payment of High-Cost Long-Term Care Combined Medical Expenses and using a public funds receipt account as the destination for payment, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.

**6. Other**

If you need more space than provided for entering the applicant's membership records or the fields for dependents, attach one or more additional sheets of this form to enter such information. If you do this, enter the total number of pages and the number of the current page in the space for page numbers at the upper right of each sheet.

**[Attaching Copayment Certificates (when applying to the Takeda Health Insurance Society as a member as of the last day of the period subject to calculations)]**

You must attach the corresponding Copayment Certificate if either the applicant or the person who was a dependent as of the last day of the period subject to calculations made a copayment during the period entered under the corresponding membership record.

However, please note the following points:

- Under health insurance, Seamen's Insurance, and mutual aid associations, copayments for medical care received by a dependent are regarded to have been paid by the insured person (member) under whom he or she is a dependent. For this reason, the dependent has no copayment amounts for the period he or she was enrolled as a dependent. In such cases, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate."
- Under National Health Insurance, copayments for medical care received by members of the household are regarded to have been paid by the head of the household. For this reason, family members other than the head of household have no copayment amounts for the period enrolled in National Health Insurance. In such cases, enter "None attached" under "Ref. no. of attached copayment certificate."
- You do not need to attach Copayment Certificates for a period during the period subject to calculations for which you were an insured person under the Takeda Health Insurance Society. In such cases, enter "Attachment omitted" under "Ref. no. of attached copayment certificate." (Note that a separate application is required for copayments made during this period.)

**[Attaching tax exemption certificates, etc. (when applying to the Takeda Health Insurance Society as a member as of the last day of the period subject to calculations)]**

If you are exempt from municipal tax for the previous fiscal year relative to the fiscal year containing the base date (the last day of the period subject to calculations), please attach proof such as a tax exemption certificate. However, if the base date is deemed to be a date between August 1 of the previous year and March 31 due to the death of the insured person during the period subject to calculations, etc., please attach proof for the fiscal year containing that deemed base date.