

【記入例】  
NTT健康保険組合に高額介護合算療養費の支給申請をするとき

〔様式：医第29号〕

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

(保険者記入欄)

支給申請整理番号

|        |          |           |                                    |      |      |
|--------|----------|-----------|------------------------------------|------|------|
| 申請対象年度 | 平成 30 年度 | 対象となる計算期間 | H 30 年 4 月 1 日から H 30 年 7 月 31 日まで | 1 枚中 | 1 枚目 |
|--------|----------|-----------|------------------------------------|------|------|

|                  |                            |  |       |                            |      |                    |   |                 |
|------------------|----------------------------|--|-------|----------------------------|------|--------------------|---|-----------------|
| フリガナ             | ケンポ タロウ                    |  |       | 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            | 健保 太郎                      |  |       |                            | 1    | ABC健保組合            | H 29 年 4 月 1 日から<br>H 30 年 3 月 31 日まで         | 111             |
| 生年月日             | S40年 4月 10日 生              | 性別                                     | 男     |                            | 2    |                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで                            |                 |
| 被保険者番号           | 1234567                    |  |       | ※1                         | 3    | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 対象期間における自己負担額<br>が無い場合は添付不要。<br>その場合「添付なし」と記入 |                 |
| 加入期間             | H30年 4月 1日から H30年 7月 31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 |      |                    |   |                 |
| 支給方法             | 振込口座<br>記入欄                | 金融機関コード                                | 支店コード | 種目                         | 口座番号 | フリガナ               |   |                 |
| 1.窓口払い<br>2.口座振込 |                            | <記入不要> ※年金健保システムに登録されている口座情報により振込みします。 |       |                            |      |                    |   |                 |

|        |                            |  |  |        |      |                    |                                       |                 |
|--------|----------------------------|--|--|--------|------|--------------------|---------------------------------------|-----------------|
| フリガナ   | ケンポ ハナコ                    |  |  | 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 |
| 被保険者氏名 | 健保 花子                      |  |  |        | 1    | ABC健保組合            | H 29 年 4 月 1 日から<br>H 30 年 3 月 31 日まで | 222             |
| 生年月日   | S42年 11月 12日 生             |  |  |        | 2    |                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで                    | 上記と同様           |
| 加入期間   | H30年 4月 1日から H30年 7月 31日まで |  |  | ※3     | 3    | 年 月 日から<br>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 |
| 被保険者氏名 |                 |    |  |        | 1    |                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                 |
| 生年月日   | 年 月 日 生         | 性別 |  |        | 2    |                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |  | ※3     | 3    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |                 |

|    |   |
|----|---|
| 備考 | 受診歴 健保 太郎 H30年4月～6月<br>健保 花子 H30年4月、6月、7月 |
|----|---|

|   |                    |                   |
|---|--------------------|-------------------|
| 全国健康保険協会 支部長 殿<br>NTT健康保険組合 理事長   | 申請年月日 H30年 10月 20日 | 郵便番号 123-4567     |
| ① 高額介護合算療養費の支給を申請します。<br>② 自己負担額証明書の交付を申請します。<br>※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。<br>高額介護合算療養費の支給申請のみ行う場合、①のみを丸で囲んでください。 | 住所 東京都千代田区神田1-1-1  | 申請者氏名 健保 太郎       |
|   |                    | 電話番号 03-9999-9999 |

【記入例】

他健康保険組合に自己負担額証明書の交付を申請するとき

〔様式：医第29号〕

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

(保険者記入欄)

支給申請整理番号

|        |          |           |                                    |      |      |
|--------|----------|-----------|------------------------------------|------|------|
| 申請対象年度 | 平成 30 年度 | 対象となる計算期間 | H 30 年 4 月 1 日から H 30 年 7 月 31 日まで | 1 枚中 | 1 枚目 |
|--------|----------|-----------|------------------------------------|------|------|

|                  |                            |         |       |                         |      |                    |                 |           |                 |       |                           |
|------------------|----------------------------|---------|-------|-------------------------|------|--------------------|-----------------|-----------|-----------------|-------|---------------------------|
| フリガナ             | ケンポ タロウ                    |         |       | 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            | 健保 太郎                      |         |       |                         | 1    | 年 月 日から            |                 |           |                 |       |                           |
| 生年月日             | S40年 4月 10日 生              | 性別      | 男     |                         | 2    | <記入不要>             |                 |           |                 |       |                           |
| 被保険者番号           | 1234567                    |         |       | ※1                      | 3    | 年 月 日から            |                 |           |                 |       |                           |
| 加入期間             | H30年 4月 1日から H31年 4月 30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              | NTT健康保険組合 |                 |       |                           |
| 支給方法             | 振込口座<br>記入欄                | 金融機関コード | 支店コード | 種目                      | 口座番号 |                    |                 |           |                 | フリガナ  | ケンポ タロウ                   |
| 1.窓口払い<br>2.口座振込 |                            |         |       |                         | 首都圏  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 0 0 0 0         | 東京        | 本店<br>支店<br>出張所 | 1 2 3 | 1.普通預金<br>2.当座預金<br>9.その他 |

|        |                            |  |  |        |      |         |                 |
|--------|----------------------------|--|--|--------|------|---------|-----------------|
| フリガナ   | ケンポ ハナコ                    |  |  | 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 |
| 被保険者氏名 | 健保 花子                      |  |  |        | 1    | 年 月 日から |                 |
| 生年月日   | S42年 11月 12日 生             |  |  |        | 2    | <記入不要>  |                 |
| 加入期間   | H30年 4月 1日から H31年 4月 30日まで |  |  | ※3     | 3    | 年 月 日から |                 |

|        |                 |    |  |        |      |         |                 |
|--------|-----------------|----|--|--------|------|---------|-----------------|
| 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 |
| 被保険者氏名 |                 |    |  |        | 1    | 年 月 日から |                 |
| 生年月日   | 年 月 日 生         | 性別 |  |        | 2    | 年 月 日から |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |  | ※3     | 3    | 年 月 日から |                 |

|    |     |       |                              |
|----|-----|-------|------------------------------|
| 備考 | 受診歴 | 健保 太郎 | H30年5月、8月、9月、11月、12月、H31年2月、 |
|    |     | 健保 花子 | H30年4月、6月、7月、12月、H31年2月、3月   |

|           |                                       |   |       |              |                |
|-----------|---------------------------------------|---|-------|--------------|----------------|
| 全国健康保険協会  | 支部長                                   | 殿 | 申請年月日 | H30年 10月 20日 |                |
| ABC健康保険組合 | 理事長                                   |   | 郵便番号  | 123-4567     |                |
| ①         | 高額介護合算療養費の支給を申請します。                   |   |       | 住所           | 東京都千代田区神田1-1-1 |
| ②         | 自己負担額証明書の交付を申請します。                    |   |       | 申請者氏名        | 健保 太郎          |
| ※         | 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 |   |       | 電話番号         | 03-9999-9999   |
|           | 高額介護合算療養費の支給申請のみ行う場合、①のみを丸で囲んでください。   |   |       |              |                |

[様式: 医第29号]

### 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

(保険者記入欄)

支給申請整理番号

|        |    |           |         |         |    |    |
|--------|----|-----------|---------|---------|----|----|
| 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 | 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                 |         |                 |                            | 2                         |      | 年 月 日から | 年 月 日まで |                 |  |
| 被保険者番号           |                 |                    |         |                 |                            | ※1                        | 3    |         | 年 月 日から | 年 月 日まで         |  |
| 加入期間             | 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 |                           |      |         |         |                 |  |
| 支給方法             | 振込口座<br>記入欄     | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 金融機関コード | 本店<br>支店<br>出張所 | 支店コード                      | 種目                        | 口座番号 |         |         | フリガナ            |  |
| 1.窓口払い<br>2.口座振込 |                 |                    |         |                 |                            | 1.普通預金<br>2.当座預金<br>9.その他 |      |         |         |                 |  |

|        |                 |  |  |  |        |      |   |         |         |                 |
|--------|-----------------|--|--|--|--------|------|---|---------|---------|-----------------|
| 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 |
| 被保険者氏名 |                 |  |  |  |        | 1    |   | 年 月 日から | 年 月 日まで |                 |
| 生年月日   |                 |  |  |  |        | 2    |   | 年 月 日から | 年 月 日まで |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |  |  |  |        | ※3   | 3 |         | 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 |
| 被保険者氏名 |                 |    |  |  |        | 1    |   | 年 月 日から | 年 月 日まで |                 |
| 生年月日   | 年 月 日生          | 性別 |  |  |        | 2    |   | 年 月 日から | 年 月 日まで |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |  |  |        | ※3   | 3 |         | 年 月 日から | 年 月 日まで         |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |       |       |       |   |
|---|-------|-------|-------|---|
| 全国健康保険協会 支部長 殿<br>健康保険組合 理事長            | 申請年月日 | 年 月 日 | 郵便番号  |   |
| ① 高額介護合算療養費の支給を申請します。                   |       |       | 住所    |   |
| ② 自己負担額証明書の交付を申請します。                    |       |       | 申請者氏名 | ㊦ |
| ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 |       |       | 電話番号  |   |
| 高額介護合算療養費の支給申請のみ行う場合、①のみを丸で囲んでください。     |       |       |       |   |

## ご記入上の注意事項

### 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のみ行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）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のみを行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）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、申請者およびその被扶養者であったものの加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下に「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。

### 4. その他

申請者の加入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入してください。

#### ●自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する保険者への申請）

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ぬ。この場合には「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。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属するもの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ぬ。この場合には「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。
- ・対象となる計算期間中に当協会（組合）の被保険者期間がある場合における当該機関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。）

*↑基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載*