

記入例

K-050 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 高額介護合算療養費支給申請書

1

※表 2 を記入してください

3

4

1 枚中 1 枚目

提出日	令和〇〇年11月1日	申請対象年度	令和〇年度	対象となる計算期間	令和 年 8月 1日から 令和 年 7月 31日まで
被保険者等 記号・番号	1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0	番号		被保険者氏名 及び生年月日	健保 正美 昭和・平成 55年 4月 1日
事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)		
被保険者住所 及び連絡先	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1		(TEL: 000-000-0000)		
被 保 険 者 加 入 歴	5	保険者名及び加入期間		6	添付の自己負担額証明書整理番号
		(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			
		(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)			
7	日立健保加入中 の受診歴	令和〇〇年 5月			
	給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方: 委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方: 健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます				
8	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名			
9	被扶養者氏名 及び生年月日	健保 薫 昭和・平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日	日立健保加入中 の受診歴	令和〇〇年7月~10月、令和〇〇年3月	
	被 保 険 者 加 入 歴	〇〇市 介護保険		添付の自己負担額証明書整理番号 *****	
		(平成・令和 年 4月 1日 ~ 平成・令和 年 7月 30日 まで)			
被 保 険 者 加 入 歴	被扶養者氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	日立健保加入中 の受診歴		
	保険者名及び加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
	(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで)				

「要符」印

次の場合に、この申請書をご使用ください。

高額介護合算療養費の申請をする場合

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 枚数及びページ数を記入してください。なお、記入欄が足りないため申請書を複数使用した場合は、その枚数及びページ数を記入してください。(例: 2枚中1枚目)
- ② 健保組合に提出する日を記入してください。
- ③ 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入してください。(添付する「自己負担証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。)
- ④ 対象となる計算期間は8月1日から翌年7月31日までの1年単位で記入してください。
- ⑤ 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、計算期間内の全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。)
※いずれも「対象となる計算期間」以外の加入期間については記入不要です。
- ⑥ 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」の添付が必要となります。加入期間内に自己負担額がない場合には証明書の添付は不要ですが、その場合、「添付なし」と記入してください。
- ⑦ 「対象となる計算期間」中に日立健保の被保険者として受診した年月を記入してください。
- ⑧ 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。
- ⑨ 被扶養者について記入してください。なお、記入欄が足りない場合は、申請書を複数使用してください。

* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

自己負担額証明書

◆ 送付先

健保組合に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

◆ 提出期限

基準日(「対象となる計算期間」の末日)の翌日から2年以内に請求してください。