

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 Aggregate Cost for Long-Term Care Service and Issuance of Copayment Certificate

常務理事	事務長	担当	係

(保険者記入欄)  
(For Insurer Use)

支給申請書整理番号  
Payment Application Reference

申請対象年度 Applicable Fiscal Year	年度 Fiscal Year	対象となる計算期間 Applicable Calculation Period	年 YYYY	月 MM	日から DD to	年 YYYY	月 MM	日まで DD		枚目 of		枚中 Pages
----------------------------------	-------------------	--	-----------	---------	--------------	-----------	---------	-----------	--	----------	--	-------------

フリガナ Furigana								保険者加入歴 Insurance Enrollment History ※1-1	保険者名 Insurer Name		加入期間 Enrollment Period			添付の自己負担額証明書整理番号 Attached Copayment Certificate Reference Number	
申請者氏名 Applicant's Name									1		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
生年月日 Birth Date	年 YYYY	月 MM	日生 DD	性別 Gender					2		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
被保険者等の記号・番号 Symbol/Number of Insured Person, etc.									3		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
加入期間 Enrollment Period	年 YYYY	月 MM	日から DD to	年 YYYY	月 MM	日まで DD	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 Name of Medical Care Insurance Provider as of the Last Day of Calculation Period		※2 *2						

振込先記入欄 (被保険者名義) Bank Account Information (Insured Person's Name)	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。										In general, benefits will be paid to the salary transfer account.																			
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る)										If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following (Only accounts in the name of the insured)																			
	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc.										注)口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.																		
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc.										〔必要添付書類〕 Required Documents 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー Copy of document showing financial institution name, branch name, account number, and account holder name										注1)海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2)電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.									

フリガナ Furigana								被扶養者加入歴 Insurance Enrollment History ※3-1	保険者名 Insurer Name		加入期間 Enrollment Period			添付の自己負担額証明書整理番号 Attached Copayment Certificate Reference Number	
被扶養者氏名 Dependent's Name									1		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
生年月日 Birth Date	年 YYYY	月 MM	日生 DD	性別 Gender					2		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
加入期間 Enrollment Period	年 YYYY	月 MM	日から DD to	年 YYYY	月 MM	日まで DD	3			年 YYYY	月 MM	日から DD to			

フリガナ Furigana								被扶養者加入歴 Insurance Enrollment History ※3-2	保険者名 Insurer Name		加入期間 Enrollment Period			添付の自己負担額証明書整理番号 Attached Copayment Certificate Reference Number	
被扶養者氏名 Dependent's Name									1		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
生年月日 Birth Date	年 YYYY	月 MM	日生 DD	性別 Gender					2		年 YYYY	月 MM	日から DD to		
加入期間 Enrollment Period	年 YYYY	月 MM	日から DD to	年 YYYY	月 MM	日まで DD	3			年 YYYY	月 MM	日から DD to			

備考 Remarks													
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FR健康保険組合理事長 殿 To: Chairman of the Board, FR Health Insurance Organization	申請年月日 Application Date	年 YYYY	月 MM	日 DD	郵便 番号 Postal Code	住 所 Address	申請者氏名 Applicant's Name	電話 番号 Phone Number
① 高額介護合算療養費の支給を申請します。 I hereby apply for payment of high aggregate cost for long-term care service.								
② 自己負担額証明書の交付を申請します。 I hereby apply for issuance of a copayment certificate.								
※自己負担額証明書の交付を行う場合、①、②のいずれも丸で囲んで下さい。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 *If applying for issuance of a copayment certificate, please circle both ① and ②. If only applying for payment of high aggregate cost for long-term care service, please circle ② only.								

## ご記入上の注意事項 Important Notes for Completion

### 1. 申請者に係る記入欄について 1. Regarding the Applicant Section

(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。

(1) When applying for issuance of a copayment certificate, \*1 is not required. Please complete in \*2.

(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、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。

(2) When only applying for payment of high aggregate cost for long-term care service (application for payment to the insurer as of the last day of calculation period), \*2 is not required. Please complete \*1 as follows.

・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。

・For medical care insurance, please list any enrollment history with different medical care insurers during the calculation period.

・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。

・For long-term care insurance, please list all enrollment history during the calculation period. However, periods without a long-term care insurance certificate do not need to be listed.

・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。

・Regarding the copayment certificate, if there were no copayments during the applicable period, attachments are not required. In this case, please write "No attachments" in the Attached Copayment Certificate Reference Number field.

### 2. 被扶養者に係る記入欄について 2. Regarding the Dependent Section

(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。

(1) When applying for issuance of a copayment certificate, please list those who were dependents during the certification period of said certificate. In this case, fill in\*3 does not need to be completed.

(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。

(2) When only applying for payment of high aggregate cost for long-term care service (application for payment to the insurer as of the last day of calculation period), please list those who were dependents as of the last day of the calculation period.

この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。

In this case, \*3 must be completed as follows.

・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。

・For medical care insurance, please list any enrollment history with different medical care insurers during the calculation period.

・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。

・For long-term care insurance, please list all enrollment history during the calculation period. However, periods without a long-term care insurance certificate do not need to be listed.

・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。

・Regarding the copayment certificate, if there were no copayments during the applicable period, attachments are not required. In this case, please write "No attachments" in the Attached Copayment Certificate Reference Number field.

### 3. 備考欄について 3. Regarding the Remarks Section

備考欄については、申請者及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。(他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。)

In the Remarks section, please enter the medical consultation history (month and year of consultation) during the enrollment periods (periods entered in the "Enrollment Period" field below the "Name" field for each person) for the applicant and those who were their dependents. (Medical consultation history during periods of enrollment in other medical care insurance plans does not need to be entered.)

### 4. その他 4. Other

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入してください。

If there is insufficient space in the applicant enrollment history section or dependent section, please continue on subsequent pages. In this case, please enter the total number of pages and current page number in the page fields

#### \* 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。

#### \* Regarding Attachment of Copayment Certificates (application to the insurer as of the last day of the calculation period)

For the applicant and those who were dependents as of the last day of the calculation period, copayment certificates must be attached for any periods listed in the enrollment history where copayments were made.

However, please note the following.

・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。

・For Health Insurance, Seamen's Insurance, and Mutual Aid, medical copayments made as a dependent are treated as having been paid by the insured person (society member) supporting that dependent.

Therefore, there are no copayments as a dependent during periods of enrollment as a dependent.

In this case, please write "No attachments" in the Attached Copayment Certificate Reference Number field.

・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、その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。

・For National Health Insurance, medical copayments made by household members are treated as having been paid by the head of household.

Therefore, there are no copayments as a household member for periods of enrollment in National Health Insurance as a household member other than the head of household.

In this case, please write "No attachments" in the Attached Copayment Certificate Reference Number field.

・対象となる計算期間中に当組合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。)

↑ 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

・Copayment certificates are not required for periods when enrolled as an insured person in this organization during the applicable calculation period.

In this case, please write "Attachments omitted" in the Attached Copayment Certificate Reference Number field. (Please note that a separate application will be required for copayments during this period.)

↑ Include this section only when allowing omission of copayment certificates for periods when the reference date dependent was an insured person of the reference date insurer