

## 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

1 枚中の 1 枚目

神戸市職員共済組合

神戸市職員共済組合に高額介護合算療養費の請求をする 他の医療保険者に請求するために自己負担額証明書の交付申請をする

申請対象年度 平成・令和 2 年度 対象となる計算期間 令和2年 8月 1日から 令和3年 7月 31日まで

組合員 (申請者) が記入するところ 【申請者に係る記入欄】	組合員証の 記号・番号	記号 1 番号 123456	所 属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇—〇〇〇〇		
	フリガナ	キョウサイ ハナコ	生年月日	昭和・平成 57年 1月 1日生	性別	男(女)
	申請者氏名	共 済 花 子	神戸市職員共済組合加入期間 (平成21年11月までは神戸市健康保険組合)	昭和(平成)令和 15年 4月 1日から 平成・令和 年 月 日まで		
	保険者加入歴 ※1	保 険 者 名		加 入 期 間		添付の自己負担額証明書整理番号
		1	神戸市健康保険組合 神戸市職員共済組合	平成・令和 15年 4月 1日から 平成・令和 年 月 日まで	添付省略	
		2		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
	3		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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					
	上記のとおり請求します。 令和 4 年 1 月 7 日 神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 組合員(請求者)の 氏名 共 済 花 子 [自宅・携帯] 電話 ( 090 ) 0000-0000					

## 《提出にあたっての注意事項》

## 1 【申請者に係る記入欄】について

- 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。
- 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。
  - 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、計算期間内の全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 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、それぞれ加入履歴欄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。
- 共済、健康保険、船員保険においては、被扶養者が受けた医療の自己負担は組合員(被保険者)が負担したとみなされるため、被扶養者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、当該世帯に属する者が受けた医療の自己負担は世帯主が負担したとみなされるため、世帯主以外の方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。
  - 神戸市職員共済組合の組合員・組合員被扶養者であった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。
  - 被扶養者数や受診歴(初年度のみ)が記入欄を超える場合は、請求書を必要枚数追加して記入してください。

## 3 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式3-11)をあわせて提出してください。

組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」(様式3-17)をあわせて提出してください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
	事務局次長	医療係長	係
	伺		
	下記のとおりに決定する。 令和 年 月 日		
支給額 ・ 証明額			

組合員(申請者)が記入するところ	フリガナ	キョウサイ サキミ	生年月日	昭和・平成・令和 27年 5月 20日生	性別	男(女)	
	被扶養者氏名	共 済 咲 美	神戸市職員共済組合加入期間 (平成21年11月までは神戸市健康保険組合)	昭和(平成)・令和15年 4月 1日から 平成・令和 年 月 日まで			
	保険者加入歴※3	保 険 者 名		加 入 期 間		添付の自己負担額証明書整理番号	
		1	神戸市健康保険組合 神戸市職員共済組合	平成・令和 15年 4月 1日から 平成・令和 年 月 日まで	添付省略		
2			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				
			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				
【被扶養者に係る記入欄】	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	性別	男・女	
	被扶養者氏名		神戸市職員共済組合加入期間 (平成21年11月までは神戸市健康保険組合)	昭和・平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			
	保険者加入歴※3	保 険 者 名		加 入 期 間		添付の自己負担額証明書整理番号	
		1		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			
2			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				
			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				
組合員(申請者)が記入するところ 【受診歴に係る記入欄】	診療年月	受診者	自己負担額	受診医療機関	備 考		
	平成(令和) 2年 8月	共済花子・咲美	125,000円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 9月	共済花子・咲美	122,000円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 10月	共済花子・咲美	100,980円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 11月	共済花子・咲美	92,000円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 12月	共済花子	31,000円	〇〇病院			
	平成(令和) 3年 1月	共済花子	27,600円	〇〇病院			
	平成・令和 年 2月	共済花子・咲美	46,220円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 3月	共済花子	32,000円	〇〇病院			
	平成・令和 年 4月	共済花子	31,980円	〇〇病院			
	平成・令和 年 5月	共済花子・咲美	28,500円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 6月	共済花子・咲美	30,600円	〇〇病院・△△クリニック			
	平成・令和 年 7月	共済花子	22,000円	〇〇病院			

《提出にあたっての注意事項》

3【被扶養者に係る記入欄】について

- 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。
- 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、次のとお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、計算期間内の全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。

4【受診歴に係る記入欄】について

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」欄の右の「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。ただし、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。