

「高額介護合算療養費支給申請書」の記入にあたって

1. 支給条件

- (1) 富士通健保組合の被保険者とその被扶養者で、**健康保険と介護保険の両方で自己負担が発生している世帯。**
(健康保険と介護保険のいずれか一方だけしか費用が発生していない場合には対象となりません。)
- (2) 毎年8月1日～翌年7月31日までを1年とした自己負担額合計が下記「自己負担限度額」を超えている場合。(高額療養費・付加給付金が支給されている場合や、高額介護サービス費・高額介護予防サービス費が支給されている場合には、**それらの額を控除した額が申請対象となります。**)

■自己負担限度額

[2018年7月診療以前]

標準報酬月額		70歳未満	70歳以上
83万円以上		212万円	67万円
53～79万円		141万円	
28～50万円		67万円	
26万円以下		60万円	56万円
低所得者	Ⅱ	34万円	31万円
	Ⅰ		19万円

[2018年8月診療以降]

標準報酬月額		70歳未満	70歳以上
83万円以上		212万円	212万円
53～79万円		141万円	141万円
28～50万円		67万円	67万円
26万円以下		60万円	56万円
低所得者	Ⅱ	34万円	31万円
	Ⅰ		19万円

2. 支給について 算出した結果(1年間の自己負担額合計－自己負担限度額)が500円未満の場合には不支給となります。

3. 添付書類 (1) 介護保険者発行の「自己負担証明書」
(2) 計算期間(8月1日から翌年7月31日まで)に富士通健保組合以外から移られてきた方は、以前に加入されていた医療保険者発行の「自己負担証明書」

4. 支給日 申請期間の病院や調剤薬局からレセプトが到着するまでに診療月から数えて2ヶ月以上かかります。
お支払いは、早くて“支給申請期間の最終月の3ヶ月後”となりますが、申請書の提出時期等の状況によっては、当方の処理に更に時間を要する場合がありますのでご了承下さい。(支給決定後、支給決定通知を送付いたします。※「医療費通知」とは別の通知となります)

5. 提出先 ① 富士通および社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方
人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛
社内メール)新川崎三井ビル W棟 25F
郵 送)〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2 新川崎三井ビルディング W棟 25F
② ①以外の会社にお勤めの方 … 各社総務人事担当部門

6. その他 ホームページの「高額介護合算療養費制度」に申請等についての詳細が記載されておりますので、必ずご一読ください。

高額介護合算療養費支給申請書

太枠の中を記入ください。

記入例

常務理事		事務局長		課長		担当	
------	--	------	--	----	--	----	--

申請対象年度	平・令 20 年度	対象となる計算期間	平・令 20 年 4 月から平・令 21 年 7 月まで	ページ数	1	枚中	1	枚目	
フリガナ	フジツウ タロウ		介護保険者名 および 富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間			添付の自己負担額 証明書整理番号		
申請者氏名 (被保険者氏名)	富士通 太郎		加入履歴	1					
生年月日	昭・平・令 20 年 1 月 1 日			2					
被保険者証(記号-番号)	9999 - 123456	性別		男	3				

「対象となる計算期間」中に、他健保や介護保険に加入していた期間があれば記入ください。(富士通健保以外に加入していない場合には空欄のまま構いません)

被保険者 振込先口座	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ	フジツウ タロウ
	みずほ銀行	本店	普通	9999999	口座名義	富士通 太郎

①被扶養者 氏名	富士通 みち子		加入履歴	介護保険者名および富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号	
生年月日	昭・平・令 33 年 1 月 10 日			1	神奈川ハケン健康保険組合	平・令 20 年 4 月	平・令 21 年 1 月	AA0000001
				2		平・令 年 月	平・令 年 月	
			3		平・令 年 月	平・令 年 月		

②被扶養者 氏名	富士通 みち代		加入履歴	介護保険者名および富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名	加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号	
生年月日	昭・平・令 10 年 3 月 3 日			1	川崎市 介護保険	平・令 20 年 4 月	平・令 21 年 7 月	BB00051033
				2		平・令 年 月	平・令 年 月	
			3		平・令 年 月	平・令 年 月		

介護保険者等から発行された自己負担額証明書の整理番号を記入ください。(予め、介護保険者等から自己負担額証明書の交付を受けてください)

【事業所記入欄】

申請年月日 令和2年12月1日

富士通健康保険組合理事長 殿
高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号 211-9999
住所 川崎市中原区上小田中〇-〇-〇
電話番号 044(×××)9999
申請者氏名(被保険者名) 富士通 太郎

押印は不要です。

健保記入額	加入期間	被保険者	
		①被扶養者	
		②被扶養者	
	整理番号	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
支給金額		支給日	

担当者名	
備考欄	

高額介護合算療養費支給申請書

常務理事		事務局長		課長		担当	
------	--	------	--	----	--	----	--

申請対象年度	平・令 年度	対象となる計算期間	平・令 年 月 から 平・令 年 月 まで	ページ数	枚中	枚目
フリガナ	介護保険者名 および 富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名			加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
申請者氏名 (被保険者氏名)	加入履歴	1	平・令 年 月 ～ 平・令 年 月			
生年月日		2	昭・平・令 年 月 日			
被保険者証(記号-番号)		3	平・令 年 月 ～ 平・令 年 月			

被保険者 振込先口座	金融機関名	支店名	種 目	口座番号	フリガナ
			普通・当座・その他		口座名義

①被扶養者 氏 名	加入履歴	介護保険者名および富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名		加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
生年月日		1	昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 ～ 平・令 年 月		
		2		平・令 年 月 ～ 平・令 年 月		

②被扶養者 氏 名	加入履歴	介護保険者名および富士通以外の健康保険に加入していた場合の保険者名		加入期間		添付の自己負担額 証明書整理番号
生年月日		1	昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 ～ 平・令 年 月		
		2		平・令 年 月 ～ 平・令 年 月		

【事業所記入欄】

申請年月日 令和 年 月 日

富士通健康保険組合理事長 殿
高額介護合算療養費の支給を申請します。

郵便番号
住所
電話番号
申請者氏名 (被保険者名)

健 保 記 入 額	加入期間	被保険者	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
		① 被扶養者	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
		② 被扶養者	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
	整理番号		
	支給金額		支給日

担 当 者 名
備 考 欄