

## 「高額介護合算療養費支給申請書」の手続きについて

高額介護合算療養費とは、1年間にかかった介護保険と医療保険の自己負担額を合算した額が一定額を超えた場合、超えた分が払い戻される制度です。

支給条件	<p>(1) 富士通健保組合の被保険者とその被扶養者のうち、<b>健康保険と介護保険の両方で自己負担が発生</b>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。</p> <p>(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、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。 ・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。</p>
添付書類	<p>(1) 介護保険者発行の「自己負担証明書」</p> <p>(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」</p>
支給日	<p>支給日は、最短で<u>支給申請期間の最終月の3ヶ月後</u>となります。</p> <p>・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。</p> <p>・支給決定後、支給決定通知を送信いたします。(「医療費のお知らせ」とは別の通知となります)</p>
提出先	<p>〒211-0063 神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3 ユニオンビル4階 富士通健康保険組合 高額介護合算担当</p>

【★自己負担限度額】※平成27年1月施行の法改正により自己負担限度額が変更となります。

変更前		平成26年8月～平成27年7月		平成27年8月以降	
所得区分	自己負担限度額	所得区分	自己負担限度額	所得区分	自己負担限度額
上位所得者 [標準報酬月額53万円以上]	126万円	標準報酬月額 83万円以上	176万円	標準報酬月額 83万円以上	212万円
一般所得者 [上位・低所得者]	67万円	標準報酬月額 53～79万円	135万円	標準報酬月額 53～79万円	141万円
低所得者 [住民税非課税]	34万円	標準報酬月額 28～50万円	67万円	標準報酬月額 28～50万円	67万円
		標準報酬月額 26万円以下	63万円	標準報酬月額 26万円以下	60万円
		低所得者 [住民税非課税]	34万円	低所得者 [住民税非課税]	34万円

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ご一読くださいますようお願いいたします。

<記入例>

(特退・任継用)

## 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。

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で構いません)

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

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

健保記入額	加入期間	被保険者	平
		①被扶養者	平
		②被扶養者	平
	整理番号		
	支給金額		支給日

押印は不要です。

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				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							
申請者氏名 (被保険者氏名)					1			平・令	年	月	～	平・令	年	月				
生年月日	昭・平・令	年	月		日	2			平・令	年	月	～	平・令	年	月			
被保険者証(記号・番号)		—	性別			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	昭・平・令	年	月		日	1			平・令	年	月	～	平・令	年	月			
					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				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	年	月		日	1			平・令	年	月	～	平・令	年	月			
					2			平・令	年	月	～	平・令	年	月				
					3			平・令	年	月	～	平・令	年	月				

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					