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

※裏面の注意事項をよくお読みのうえ申請してください。

（保険者記入欄）

支給申請者整理番号	

申請区分		申請対象年度	令 和　　年度	対象となる計算期間　　年　月　日から　年　月　日まで	枚中	枚目
	□ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。					
	□ ②自己負担額証明書の交付を申請します。					

ﾌﾘｶﾞﾅ				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
申請者氏名				1		年　月　日から 年　月　日まで	
申請者住所	〒　－　　電話　（　）			2		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女	3		年　月　日から 年　月　日まで	
被保険者等記号と番号	－	加入期間	年　月　日から 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			

ﾌﾘｶﾞﾅ				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
被扶養者氏名				1		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女	2		年　月　日から 年　月　日まで	
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで			3		年　月　日から 年　月　日まで	

ﾌﾘｶﾞﾅ				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
被扶養者氏名				1		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女	2		年　月　日から 年　月　日まで	
加入期間	年　月　日から　年　月　日まで			3		年　月　日から 年　月　日まで	

備考		委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日
被保険者のマイナンバー記載欄	別途、「本人確認書類」を添付してください。		被保険者（請求者）　住所　氏名
			受領代理人　住所　氏名

振込先情報	金融機関名	金融機関コード	本・支店名	本・支店コード	預金種別	口座番号	ﾌﾘｶﾞﾅ	
					1：普通　3：別段 2：当座　4：通知		口座名義	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

申請年月日　令和　　年　　月　　日

受付年月日

東京ニットファッション健康保険組合

ご記入上の注意事項

１．申請区分について
(1)自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①、②のいずれも☐ にチェック ☑ してください。
(2)年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①の ☐のみチェック ☑ してください。

２．申請者に係る記入欄について
(1)被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（健康保険証）」のいずれかでご確認ください。
(2)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。
(3)高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合）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。
・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。

３．被扶養者に係る記入欄について
(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。
(2)高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に当組合に加入しており、支給申請する場合）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。
・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．備考欄について
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。（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。）

５．被保険者のマイナンバー記載欄について
次のとおり、マイナンバーによる情報連携を希望される方は、マイナンバー記載欄にマイナンバーを記入し、後述する必要書類を添付してください。当組合において、課税情報及び自己負担額を確認します。※４
①マイナンバーの記入により、自己負担額に関する保険者間の情報連携を行い、自己負担額証明書の添付の省略を希望する場合
②被保険者が基準日（計算期間の末日）の属する年度の前年度分の市区町村民税が非課税であって、当該情報に関する保険者間の情報連携を行い、(非)課税証明書の添付の省略を希望する場合
（マイナンバーによる情報連携を希望しない場合は、自己負担額証明書、被保険者の住民税の(非)課税証明書の添付が必要です。）

＜マイナンバーを記入した場合に申請書に添付する必要書類＞
①身元確認を行うための書類（いずれか１点）
・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

②番号確認を行うための書類（いずれか１点）
・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※４　行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

６．委任状の欄について
受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

７．振込希望口座について
ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等、預金種別及び口座番号（左づめ）を記入してください。
ゆうちょ銀行の口座へ振込を希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）及び振込専用の新しい口座番号（８桁）を記入してください。
口座名義人の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。

８．その他
(1)申請書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載してください。

(2)自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に当組合に加入していて、マイナンバーによる情報連携を希望しない場合）

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、次のことにご注意してください。
・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）が負担したものとして取り扱われます。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。
・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して取り扱われます。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、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。
・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、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高額介護合算療養費の支給申請は別途必要となりますのでご注意ください。）