

記入例 申請区分①の場合

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

(申請者記入欄)		(保険者記入欄)		支給申請者整理番号							
1 申請区分		☒ 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。		申請対象年度 令和 6 年度		2 対象となる計算期間 6 年 8 月 1 日 ~ 7 年 7 月 31 日		枚中 枚目			
フリガナ		キョウカイ タロウ		3 申請者氏名		3 保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者住所		〒 105 - 0000 東京都△△区△△1-1 ○○マンション101 090 (1234) 5678		1 申請者加入歴※1		1 全国健康保険協会 ○○支部		6 年 8 月 8 日 から 6 年 10 月 31 日 まで		6 ZZZZZZZZZZZZZZZZ	
生年月日		昭和 平成・令和 ○○ 年 3 月 9 日		性別		男		2 全国健康保険協会 ○○支部		6 年 11 月 1 日 から 7 年 1 月 31 日 まで XXXXXXXXXXXXXXXX	
記号・番号		4 21700023		加入期間		7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 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			
フリガナ		キョウカイ ハナコ		被扶養者氏名		3 保険者加入歴※3		1 全国健康保険協会 ○○支部		6 年 8 月 1 日 から 6 年 10 月 31 日 まで ZZZZZZZZZZZZZZZZ	
生年月日		昭和 平成・令和 ○○ 年 1 月 18 日		性別		女		2 全国健康保険協会 ○○支部		6 年 11 月 1 日 から 7 年 1 月 31 日 まで XXXXXXXXXXXXXXXX	
加入期間		7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで		3 全国健康保険協会 ○○支部		7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで					
フリガナ		キョウカイ シロウ		被扶養者氏名		3 保険者加入歴※3		1 全国健康保険協会 ○○支部		6 年 8 月 1 日 から 6 年 12 月 31 日 まで 添付なし	
生年月日		昭和 平成・令和 ○○ 年 7 月 3 日		性別		男		2 全国健康保険協会 ○○支部		7 年 1 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで	
加入期間		7 年 1 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで		3 全国健康保険協会 ○○支部		7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで					
備考		7 太郎:令和6年10月 花子:令和6年10月、令和7年1月 次郎:令和7年4月、5月		受取代理人の欄		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日 申請者 住所 代理人の氏名と印 氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ()					
被保険者のマイナンバー記載欄		9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		別途、「本人確認書類貼付台紙」を添付してください。							
振込希望口座		支払区分		金融機関		銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協		店・本店 支店・出張所 本所・支所		金融機関コード(被保険者記入欄)	
9 9 X X X 9 9		預金種別		1 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知		口座番号		フリガナ		キョウカイ タロウ	
9 9 X X X 9 9		口座名義人		協会 太郎							
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					

1 7月31日時点で加入していた協会けんぽ支部への高額介護合算高額療養費の申請の場合、①にチェック☑をつけてください。

2 申請対象年度・対象となる計算期間
(例)
令和6年度⇒令和6年8月1日～令和7年7月31日
令和7年度⇒令和7年8月1日～令和8年7月31日

3 「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。
「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に被扶養者であった方のお名前を記入してください。

4 資格情報のお知らせに記載されている記号・番号を記入してください。

資格情報のお知らせ	
記号 21700023	番号 21 枝番 00
記号	キョウカイ タロウ
生年月日	昭和 61年 1月 22日
資格取得年月日	令和 ○年 ○月 ○日
保険者番号	999999999
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部

5 計算期間中に、加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部を含む)及び介護保険の、保険者名・加入期間を記入してください。

6 計算期間中に加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部を含む)及び介護保険から発行された、自己負担額証明書の整理番号を記入してください。ただし、マイナンバーによる情報連携を希望される場合、または、その対象期間における自己負担額がない場合は記入不要です。

7 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「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。

8 申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。

9 マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書及び(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です。(申請書裏面参照)

10 金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)をもれなく記入してください。

の箇所については該当する場合に記入してください。

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

記入例 申請区分②の場合

(申請者の方へ)

(保険者記入欄)

支給申請者整理番号

申請区分	☐ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。		申請対象年度	令和 6 年度	対象となる計算期間	6 年 8 月 1 日 ~ 7 年 7 月 31 日		枚中	枚目			
	☒ ②自己負担額証明書の交付を申請します。											
フリガナ	キョウカイ タロウ				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	協会 太郎				1	年 月 日 から						
申請者住所	〒 105 - 0000 東京都△△区△△1-1 ○○マンション101 電話 090 (1234) 5678				2	年 月 日 から						
生年月日	昭和 平成 令和 ○○ 年 3 月 9 日		性別	男	3	年 月 日 から						
記号番号	21700023	-	21	加入期間	7 年 2 月 1 日から 7 年 6 月 30 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			〇〇健康保険組合			
フリガナ	キョウカイ ハナコ				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	協会 花子				1	年 月 日 から						
生年月日	昭和 平成 令和 ○○ 年 1 月 18 日		性別	女	2	年 月 日 から						
加入期間	7 年 2 月 1 日 から 7 年 6 月 30 日 まで				3	年 月 日 から						
フリガナ	キョウカイ シロウ				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	協会 次郎				1	年 月 日 から						
生年月日	昭和 平成 令和 ○○ 年 7 月 3 日		性別	男	2	年 月 日 から						
加入期間	7 年 1 月 1 日 から 7 年 6 月 30 日 まで				3	年 月 日 から						
備考					受取代理人の欄							
被保険者のマイナンバー記載欄				本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。								
1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3				令和 年 月 日								
別途、「本人確認書類貼付台紙」を添付してください。				申請者 住所 代理人の氏名と印								
				氏名 委任者と代理人との関係								
				代理人の住所 〒 - 電話 ()								
振込希望口座	支払区分	金融機関	〇〇 銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	〇〇 店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード(被保険者記入欄)			預金種別	1: 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知	口座番号	フリガナ	キョウカイ タロウ
					9 9 × × × 9 9				9 9 × × × 9 9	口座名義人	協会 太郎	

(06.12)

の箇所については該当する場合に記入してください。

- 7月31日時点では協会けんぽに加入しておらず、計算期間中に協会けんぽの加入期間がある場合②にチェック☑をつけてください。
- 申請対象年度・対象となる計算期間
(例)
令和6年度⇒令和6年8月1日～令和7年7月31日
令和7年度⇒令和7年8月1日～令和8年7月31日
- 「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。
「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に被扶養者であった方のお名前を記入してください。
- 協会けんぽに加入していた
当時にお持ちだった、資格情報
のお知らせに記載されている
記号番号を記入してください。

資格情報のお知らせ
記号 21700023 番号 21 枝番 00
氏名 キョウカイ タロウ
協会 太郎
生年月日 昭和 61年 1月 22日
資格取得年月日 令和 〇年 〇月 〇日
保険者番号 99999999
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
- 7月31日時点で加入していた医療保険者の名称を記入してください。
- 被保険者が住民税が非課税の方であって、マイナンバーによる情報連携により、(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です、(申請書裏面参照)
- 申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)をもなく記入してください。