

基準日（7月31日）の健康保険がスズキ健保でない方

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

申請年月日 平成 年 月 日

(健保組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 年度	対象となる計算期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	枚中	枚目
--------	-------	-----------	----------------------	----	----

フリガナ	被保険者証の記号番号		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	印	記号 番号			1	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	性別			2	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
住所・連絡先	〒 TEL - -				3	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
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				
振込口座 記入欄	銀行 農協 信用金庫・組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種別 1. 普通 2. 当座	口座番号	フリガナ 口座名義人

フリガナ	被扶養者氏名		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
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	性別			1	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				2	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
					3	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	

フリガナ	被扶養者氏名		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
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	性別			1	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				2	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	
					3	S・H 年 月 日から S・H 年 月 日まで	

備考	
----	--

スズキ健康保険組合 理事長 殿 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。 *自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。	健保組合記入欄				
	担当	課長	事務長	常務理事	受付印

裏面（基準日の健康保険がスズキ健保でない方用）

記入上の注意事項（*表面の申請書の記入にあたっては、この注意事項を含め、青字の部分をご確認ください。）

1. 申請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、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (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（基準日ともいい7月31日になります）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。但し、介護保険被保険者証が交付されていない期間は記入不要です。
 - ・自己負担額証明書は、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. 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方について記入してください。なお、この場合は※3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方について記入してください。
この場合は※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。但し、介護保険被保険者証が交付されていない期間は記入不要です。
 - ・自己負担額証明書は、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. 備考欄について

備考欄は、申請者及びその被扶養者であった方の加入期間（それぞれの方について、「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は不要です。）

4. その他

申請者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入してください。

* 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方について、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。但し、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済は、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その方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。
- ・国民健康保険は、その世帯に属する方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健保組合の被保険者期間がある場合における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申請は別途必要となりますのでご注意ください。）