

高額介護合算療養費等の支給申請について（ご案内）

医療保険と介護保険の自己負担額が基準額を超える場合に、その超えた額が高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費として支給されます。

今回のお知らせは支給見込額(仮計算)です。申請いただいてから支給額の本計算を行うため、支給までに3か月から5か月程度かかります。

振込の前に「支給決定通知書」を送付します。振込日や支給金額は支給決定通知書をご確認ください。

※ 今回のお知らせが届いた後、以下の要因等によりお知らせに記載されている支給額(見込)が変わる可能性があります(支給されないこともあります)。

- (1) 遡って所得区分に変更があった場合
- (2) 高額療養費(外来年間合算を含む)や高額介護サービス費が支給された場合

1 お問い合わせ先(申請書の提出先)

計算基準日(令和3年7月31日)にお住まいの区市町村(後期高齢者医療担当窓口)

- ・ お問い合わせ先は、同封のお知らせに記載されています。
- ・ 令和3年8月1日以降に転居された方は、令和3年7月31日時点で住民登録があった(お住まいだった)区市町村(後期高齢者医療担当窓口)に申請書を提出してください。
- ・ 昨年提出された方も毎年申請が必要です。また、**通知が届いてから2年を経過すると申請ができなくなります。**
- ・ **同封されているすべての申請書の提出が必要です。**

2 申請に必要なもの

郵送するとき

- ① 申請書(裏面の記入例を参考に記入してください)
- ② 申請者(被保険者本人等)の本人確認書類(例:後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、運転免許証、パスポート等)の写し
- ③ 被保険者本人の個人番号カード(両面)又はマイナンバーの通知カード*の写し
*氏名、住所などが住民票に記載されている内容と一致している場合に限りです。
※ 被保険者本人が死亡している場合、③は不要です。

同封の返信用封筒に封入し、切手と、お知らせに付いている宛名シールを貼ってお送りください。

持参するとき

- ① 申請書(裏面の記入例を参考に記入してください)
- ② 振込先の口座情報がわかるもの(例:通帳、キャッシュカード等)
- ③ 申請者(被保険者等)の本人確認書類(例:後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、運転免許証、パスポート等)
- ④ 被保険者本人の個人番号カード又はマイナンバーの通知カード*
*氏名、住所などが住民票に記載されている内容と一致している場合に限りです。
※ 被保険者本人が死亡している場合、④は不要です。

支給対象の被保険者本人の相続人や成年後見人等が申請する場合には、上記のほか、次の書面を提出する必要があります。

- 相続人が申請する場合 相続人代表者届や戸籍謄本等、相続人が申請していることを確認できる書面
- 成年後見人等が申請する場合 登記事項証明書等、成年後見人等の申請であることを確認できる書面

※ 提出先の区市町村によっては、上記申請に関する文書が本通知に同封している場合があります。

3 対象期間・基準額

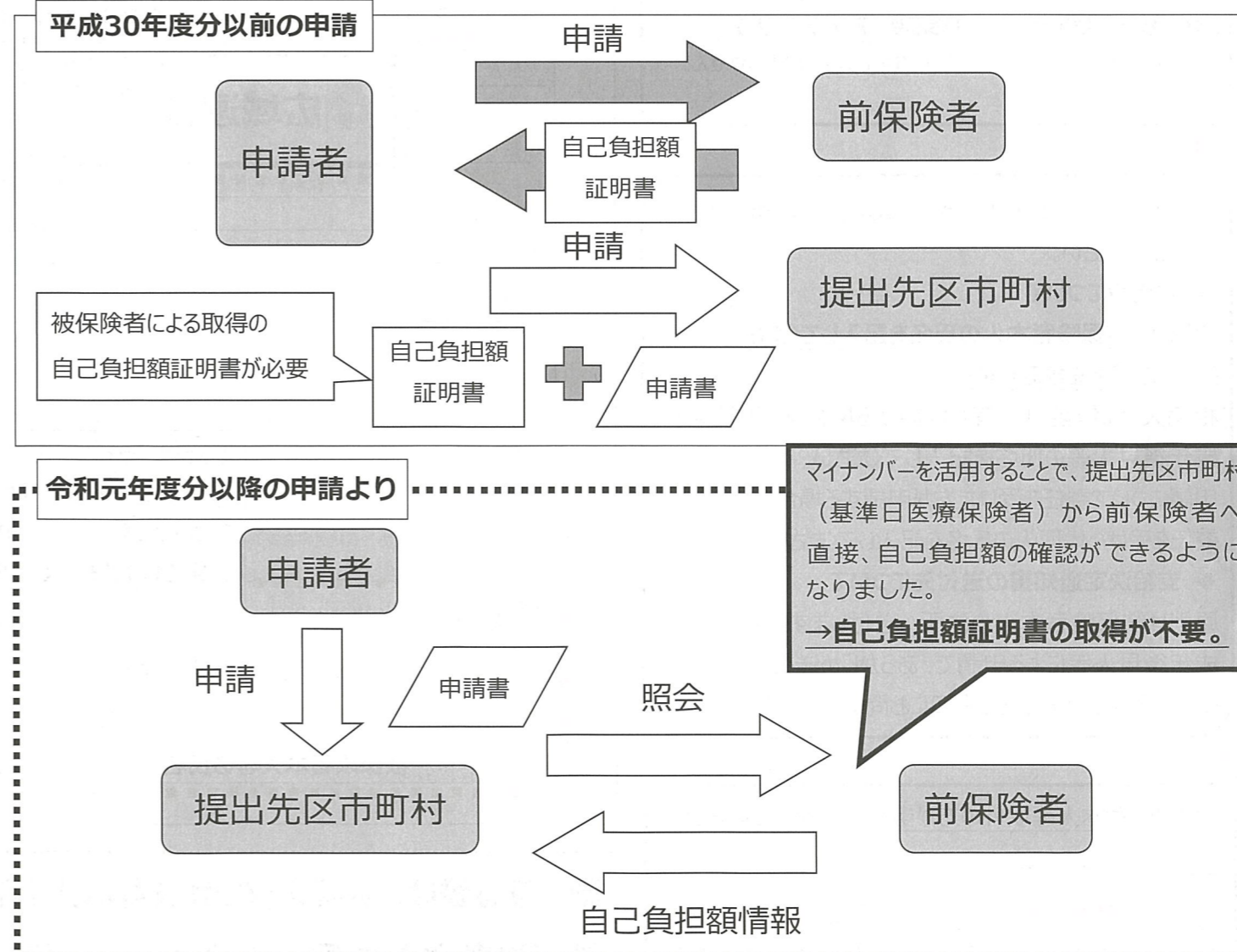
計算対象期間：令和2年8月1日から令和3年7月31日までの1年間(令和2年度分)

世帯単位の自己負担の限度額(年額)

| 負担割合 | 所得区分 | | 基準額 (後期高齢者医療制度 +介護保険制度) | 負担割合 | 所得区分 | 基準額 (後期高齢者医療制度 +介護保険制度) |
|------|-----------------|-----|-------------------------------|------|-------------------------|-------------------------------|
| 1割 | 一般 | | 56万円 | 3割 | 現役並み所得Ⅲ (課税所得690万以上) | 212万円 |
| | 住民税 非課税 等 | 区分Ⅱ | 31万円 | | 現役並み所得Ⅱ (課税所得380万以上) | 141万円 |
| | | 区分Ⅰ | 19万円 | | 現役並み所得Ⅰ (課税所得145万以上) | 67万円 |

4 マイナンバーを利用した申請について

従来の申請では、計算期間内に転居、又は加入する保険に変更があった方は、前保険の自己負担額証明書が必要でしたが、令和元年度分(令和元年8月1日から令和2年7月31日)以降の申請より、マイナンバーを利用することで自己負担額証明書の添付が不要となります。



裏面「申請書の記入例」もご覧ください。

申請書の記入例

文字が消えないボールペンではっきりと記入してください。

1 フリガナを記入してください。

2 被保険者本人の「個人番号カード」又は「通知カード」を確認し、12桁の「マイナンバー(個人番号)」を記入してください。
被保険者本人が死亡されている場合、マイナンバーの記入は不要です。

3 振込先口座情報を記入してください。
・ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3桁)と口座番号(7桁)を記入してください(振込用店名等は、通帳の表紙をめくった下部に記載されています)。
(例) ゆうちょ銀行 ○○八支店 7777777
※ 金融機関コード、店舗コードが不明な場合は空欄で構いません。

4 申請者(※)の住所・氏名・連絡先電話番号を記入してください。
※ 申請者について
原則は、被保険者本人の氏名を記入してください(代筆の場合を含みます)。

相続人・成年後見人等が申請する場合は、相続人・成年後見人等の氏名を記入してください。
申請について委任を受けた方が申請する場合は、委任を受けた代理人の氏名を記入してください。
◆ 支給決定通知書の送付先について
原則は被保険者本人の住所へ送付します。相続人・成年後見人等による申請で、あらかじめ送付先を確認したい場合は、提出先の窓口にお問い合わせください。

5 被保険者本人等以外の方が申請又は受領する場合は、必ず記入してください。

※ 被保険者本人が申請・受領する場合、相続人・成年後見人等が申請する場合、代筆の場合は記入不要です。

赤い点線で囲んだ部分を全て記入してください(5は該当者のみ記入)

| 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 | | | | | | | | | | 高額介護合算 | |
|--|--------|-----------------|----------------------|-----------------|-------------|---------------------------|-----------------|------------------------|--------------|-------------|----|
| 申請対象年度 | | 年度 | 申請区分 | 1.新規 | 2.変更 | 3.取下げ | (保険 2 入欄) | | 支給申請書整理番号 | | |
| フリガナ | | コウイキ タロウ | | | | | 個人番号(マイナンバー) | | 123456789012 | | |
| 氏名 | | 広域 太郎 | | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 生 | | 性別 | 男 | | 計算期間の始期及び終期 | |
| 保険者番号 | | 被保険者記号 | | 被保険者番号 | | 続柄 | | 保険者名称 | | | |
| 39130000 | | 12345678 | | 9999999999 | | 1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員 | | 〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで | | | |
| 保険者番号 | | 被保険者番号 | | 後期高齢者医療資格情報 | | 広域連合名称 | | 加入期間 | | | |
| 113000 | | 9999999999 | | 〇〇〇〇区 | | 〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで | | | | | |
| 支給方法 | 口座管理番号 | 振込口座 | 銀行 | 金融機関コード | 本店 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | | 口座名義人(カタカナ) | |
| 口座振込 | | 広域連合 | 信用金庫 信用組合 協同組合 | | 東京 | 支店 出張所 () | 普通 当座 () | 8888888 | | コウイキ タロウ | |
| 保険者 | | 加入期間 | | 添付の自己負担額証明書整理番号 | | | | | | | |
| 1 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| 2 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| 3 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| 東京都後期高齢者医療広域連合長 宛 〇〇〇〇区市町村長 宛 ①上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 ②上記対象者について、自己負担額証明書の交付申請を行う場合、高額介護合算療養費(高額医療合算介護)の適用を受けた方 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、高額介護合算療養費(高額医療合算介護)の適用を受けた方 【委任の権限について当てはまる番号を○で囲んでください。】 被保険者本人等以外の方が申請する場合：① 被保険者本人等以外の方の口座に振込を希望する場合：② 上記のいずれも当てはまる場合：③ | | | | | | | | | | | |
| 委任欄 ※申請者以外の方が申請又は受領する場合は、以下に委任先住所、電話番号、委任する相手方(代理人)の氏名、住所、委任者との関係を必ず記入してください。 私は、右の者(代理人氏名 代理人氏名 代理人住所 代理人住所 委任者との関係 続柄)を代理人と定め、 高額介護合算療養費等本申請に係る次の権限を委任します。 [① 申請に関する事 ② 受領に関する事 ③ 申請及び受領に関する事] 委任者氏名 被保険者本人等の氏名 委任者住所 被保険者本人等の住所 委任者電話番号 被保険者本人等の連絡先 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 枚中 | 枚目 |

1 の被保険者本人が死亡されている場合、マイナンバーの記入は不要です。

ゆうちょ銀行の場合は、漢数字3桁の店名を記入し「支店」を○で囲んでください。
例：〇〇八支店

申請者については左端の **4** を必ずご確認ください。

郵送する際は、申請者(被保険者本人等)の本人確認書類(例：後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、運転免許証、パスポート等)の写しと、被保険者本人の個人番号カード(両面)又はマイナンバーの通知カードの写しを同封してください。