

# 高額医療・高額介護合算制度について(案)

平成19年2月19日

保険局・老健局



# 高額医療・高額介護合算制度について（案）

## 1 目的

医療保険、介護保険の両給付を受けることにより、自己負担額が著しく高額になる場合に、医療・介護を通じた限度額を適用することにより、家計の破綻を防止するとともに、両給付の適切かつ効率的な提供を図る。

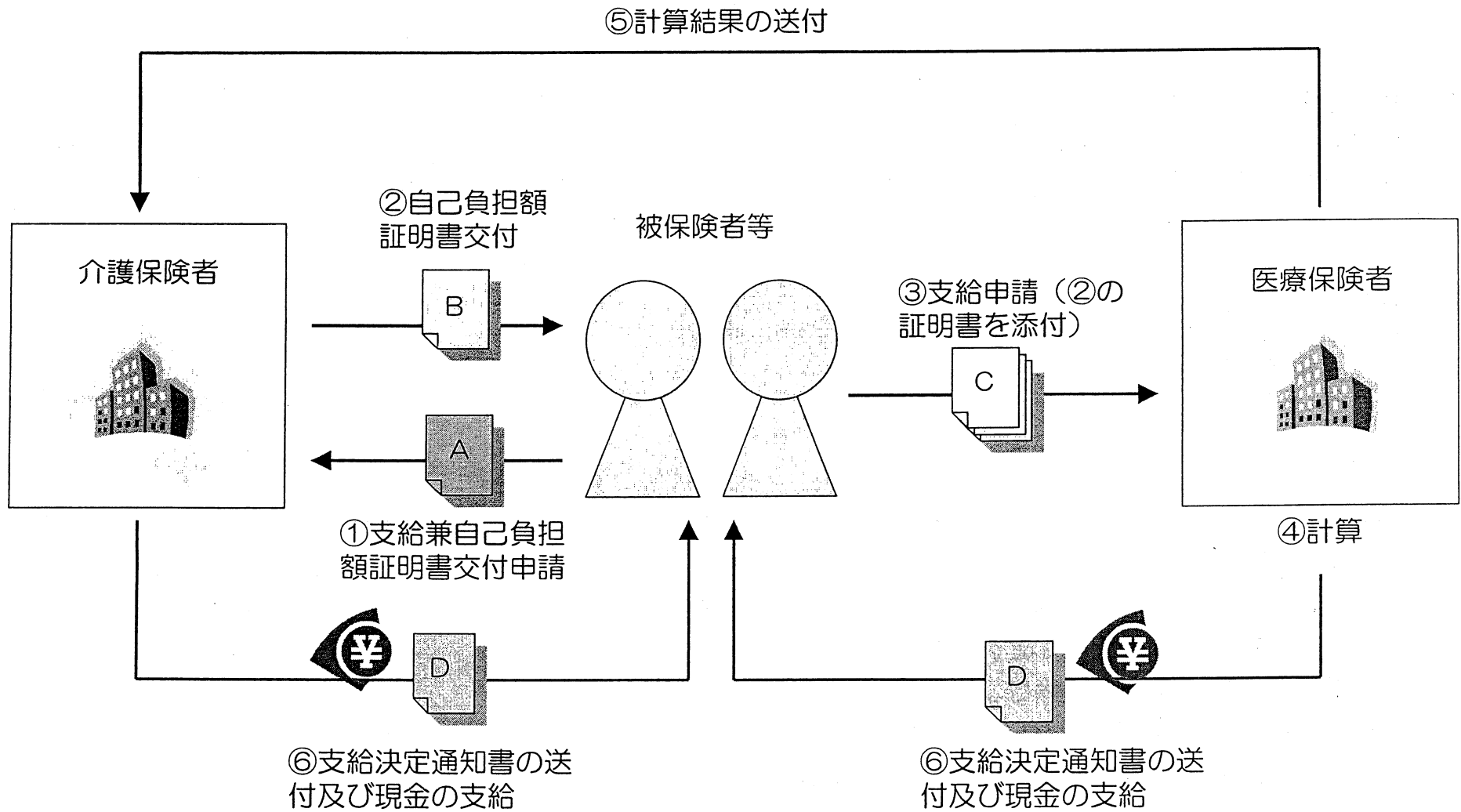
## 2 支給要件

各医療保険における世帯内で、医療及び介護の両制度ともに自己負担額がある世帯を対象とする。また、両制度の高額療養費等の限度額に達しているか否かは支給要件とはしない。

## 3 事務の流れ

- ① 合算制度による支給を受けようとする介護保険の被保険者は、介護保険者に支給兼自己負担額証明書交付申請書を提出する。
- ② ①の申請書を受けた介護保険者は、自己負担額証明書を交付する。
- ③ ②の証明書の交付を受けた者が属する医療保険の被保険者（国保の場合は世帯主）は、毎年7月31日に加入する医療保険者に証明書を添付して、支給申請を行う。
- ④ ③の申請を受けた医療保険者は、支給額を計算する。
- ⑤ 医療保険者は、④により算出した額等を、介護保険者に通知する。
- ⑥ 保険者（支給額の計算を行った保険者を含む）は、当該保険者が支給すべき額を被保険者等に通知・支給する。

# ○ 事務の流れ



※ 医療保険者は、「④計算」及び「⑤計算結果の送付」の事務について、国保連合会等に委託することが出来る。

## ○ 各書類の内容について

- A** 高額医療合算介護・介護予防サービス費（高額介護合算療養費）支給兼自己負担額証明書交付申請書
- ・ 支給申請書と自己負担額証明書の交付申請書を兼ねることにより、介護保険者等に対する支給申請を行うことができる。
  - ・ 介護保険者に当該申請を行う。その際、すべての介護保険受給者からの申請となるようにする。

- B** 自己負担額証明書
- ・ 保険者は、申請を行った被保険者が支払った一部負担金等の額を記載する。
  - ・ 高額療養費等が未申請の場合は、高額療養費等を支給したのものとして算定した一部負担金等の額を記載する。

- C** 高額介護合算療養費支給申請書
- ・ 被保険者（国保においては世帯主）が自己負担額証明書を添付して申請を行う。
  - ・ 後期高齢者医療広域連合に当該申請を行う場合は、被保険者ごとに申請を行うため、合算対象となるすべての被保険者からの申請となるようにする。

- D** 支給額決定通知書
- ・ 各保険者は被保険者に対して、支給額決定通知書及び積算内訳書を送付する。

## 同一市町村の国保・介護、後期高齢者医療・介護に加入する世帯に係る事務処理について

- 同一市町村の国保・介護、後期高齢者医療・介護に加入する世帯に係る事務処理については、同一市町村内で事務処理を行うため、各手続等を省略し、又は、審査支払機関等に委託することで簡素化することができる。

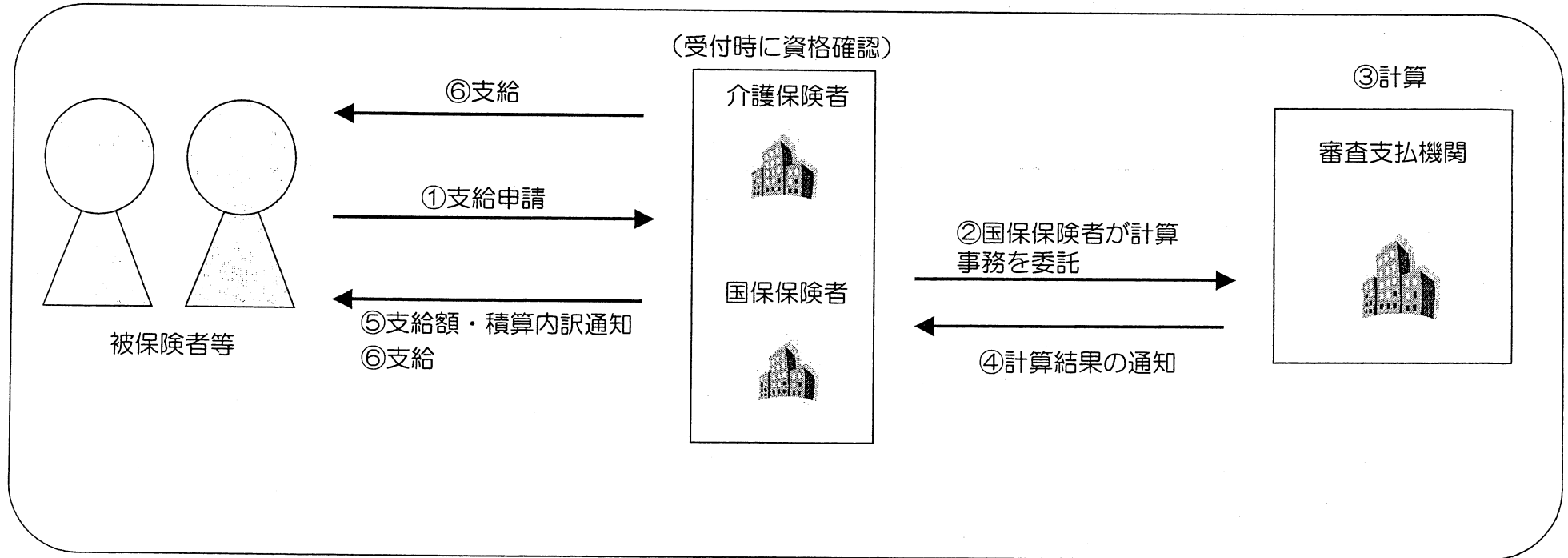
### (事務の簡素化例)

1. 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、計算事務を委託する場合
2. 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、計算事務を国保で行う場合
3. 後期高齢者医療・介護に加入する世帯について、計算事務を委託する場合
4. 後期高齢者医療・介護に加入する世帯について、計算事務を広域連合で行う場合  
などが考えられる。

上記のいずれの例で計算事務を行うかについては、各市町村等の実態に合わせて判断する。

(なお、委託に関する詳細については、国保中央会において検討中である。)

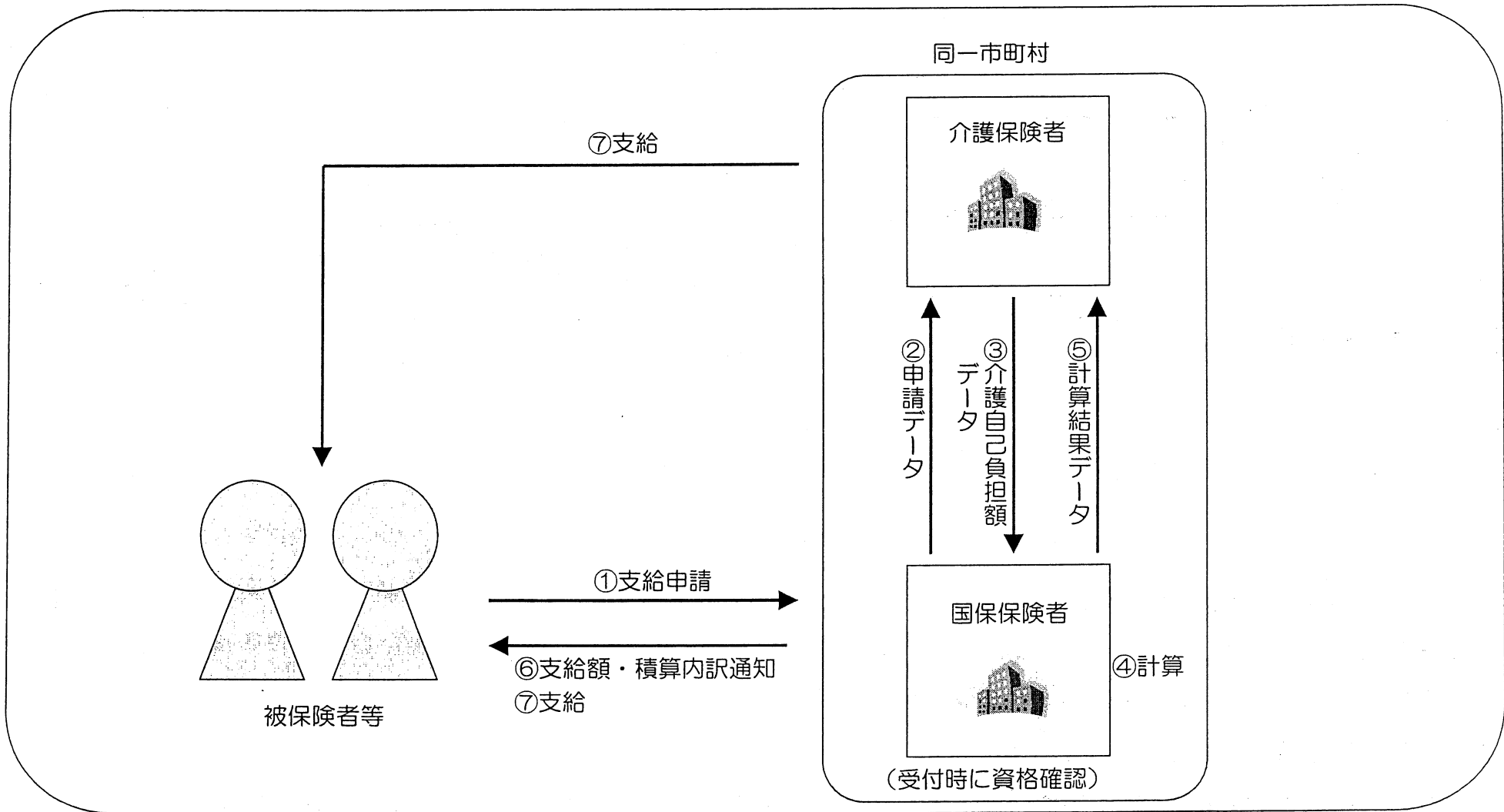
1. 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、計算事務を委託する場合



- ① 申請・・・世帯主は国保保険者に支給申請を行う。また、その支給申請書は、介護保険者に対する介護保険加入の全被保険者(国保加入者に限る。)からの支給申請も兼ねたものとする。なお、申請時に、市町村の国保・介護での資格確認が必要。
- ② 委託・・・国保保険者は、支給計算を審査支払機関等に委託する。
- ③ 計算・・・審査支払機関等は、支給計算を行う。
- ④ 通知・・・計算結果を各保険者に通知する。また、通知は国保保険者で受付け、国保保険者より介護保険者に引き渡す。
- ⑤ 支給額・積算内訳通知・・・国保保険者から被保険者に対して、国保・介護の支給額・積算内訳通知を連名で発出する。
- ⑥ 支給・・・各保険者は、被保険者等に計算により得た額を支給する。

※ 計算事務を委託することで、介護保険者は自己負担額証明の作成・交付を省略し、国保保険者は支給計算及び振込データ作成等の業務を省略することが出来る。

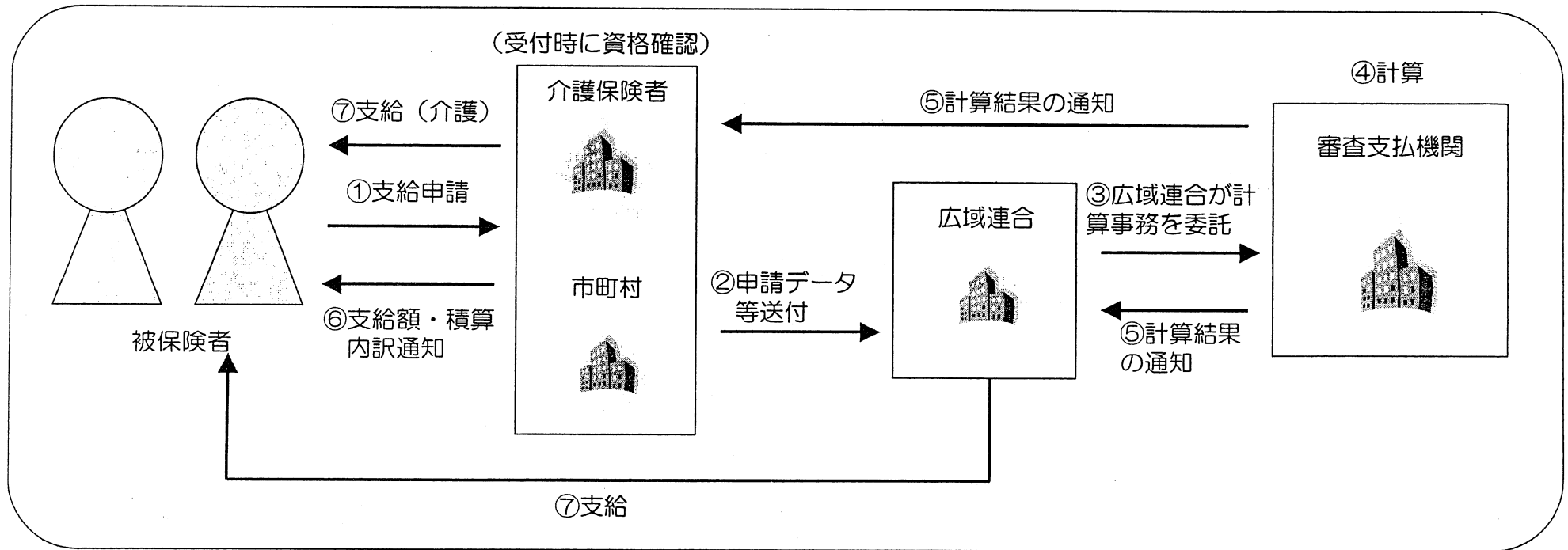
## 2. 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、計算事務を国保で行う場合



- ・ 世帯主は国保保険者に支給申請を行う。また、その支給申請書は、介護保険者に対する介護保険加入の全被保険者（国保加入者に限る。）からの支給申請も兼ねたものとする。
- ・ 国保保険者と介護保険者間で、申請データ（②）・介護自己負担額データ（③）・計算結果データ（⑤）の受け渡しを行う。また、被保険者への通知は、連名で発出する。

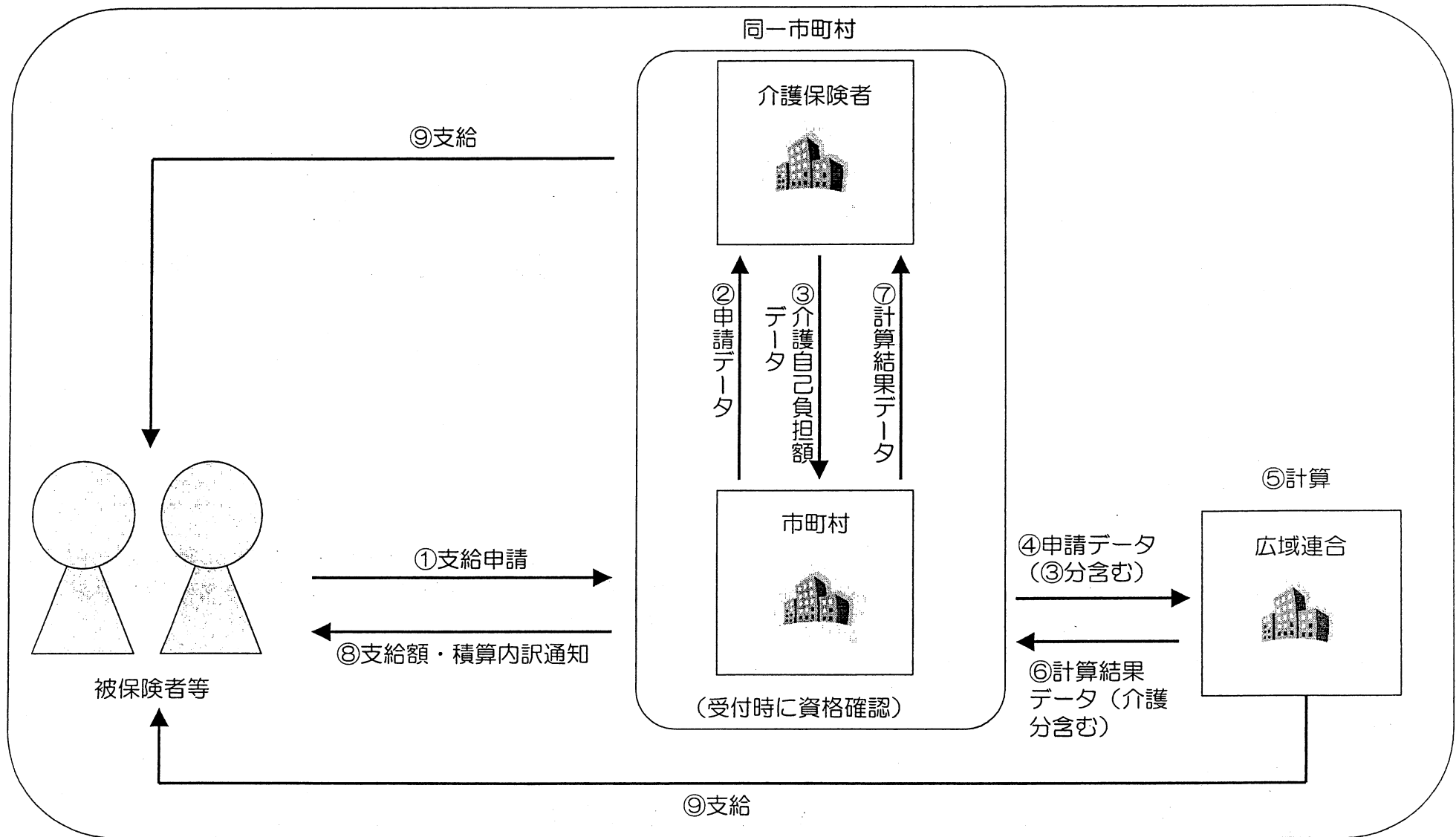


### 3. 後期高齢者医療・介護に加入する世帯について、計算事務を委託する場合



- ① 申請・・・後期高齢者医療の被保険者は、広域連合に加入する市町村に支給申請を行う。支給申請書は、広域連合に対する全被保険者からの申請及び介護保険者に対する全被保険者（後期高齢者医療の被保険者に限る。）からの支給申請を兼ねたものとする。なお、申請時に、市町村で高齢者医療・介護保険での資格確認が必要。
- ② 申請データ等の送付・・・市町村は、広域連合に申請データを送付する。
- ③ 委託・・・広域連合は、支給計算を審査支払機関等に委託する。
- ④ 計算・・・審査支払機関等は、支給計算を行う。
- ⑤ 通知・・・計算結果を各保険者に通知する。（国保・介護の場合と異なり、両保険者に対して通知が必要。）
- ⑥ 支給額・積算内訳通知・・・市町村から被保険者に対して、後期高齢者医療・介護の支給額・積算内訳を通知。
- ⑦ 支給・・・各保険者は、被保険者に計算により得た額を支給する。

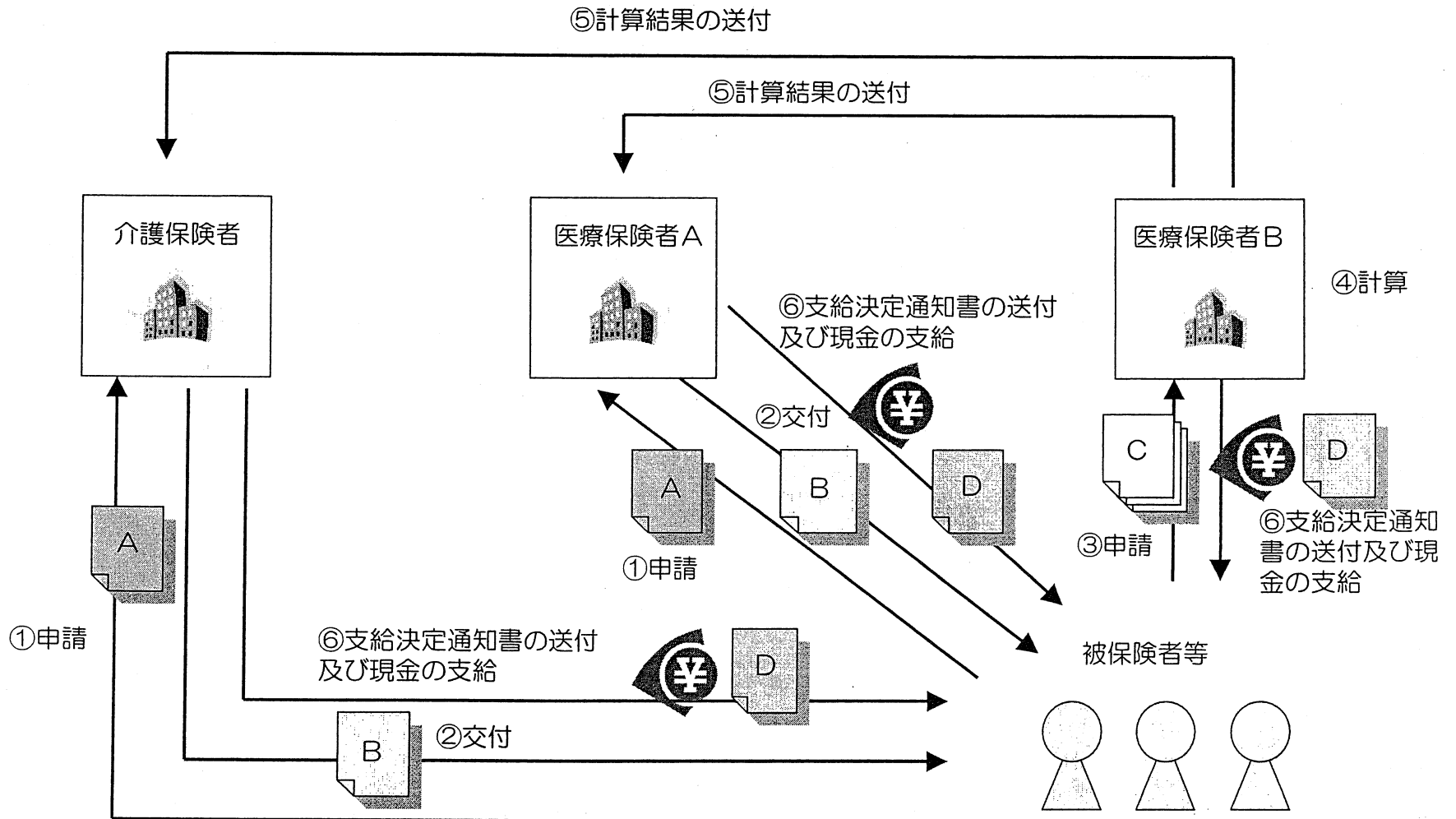
4. 後期高齢者医療・介護に加入する世帯について、計算事務を広域連合で行う場合



・前頁と比べて、介護自己負担額データの引き渡し (③)、計算結果データの引き渡し (⑦) 等の事務処理が増える。

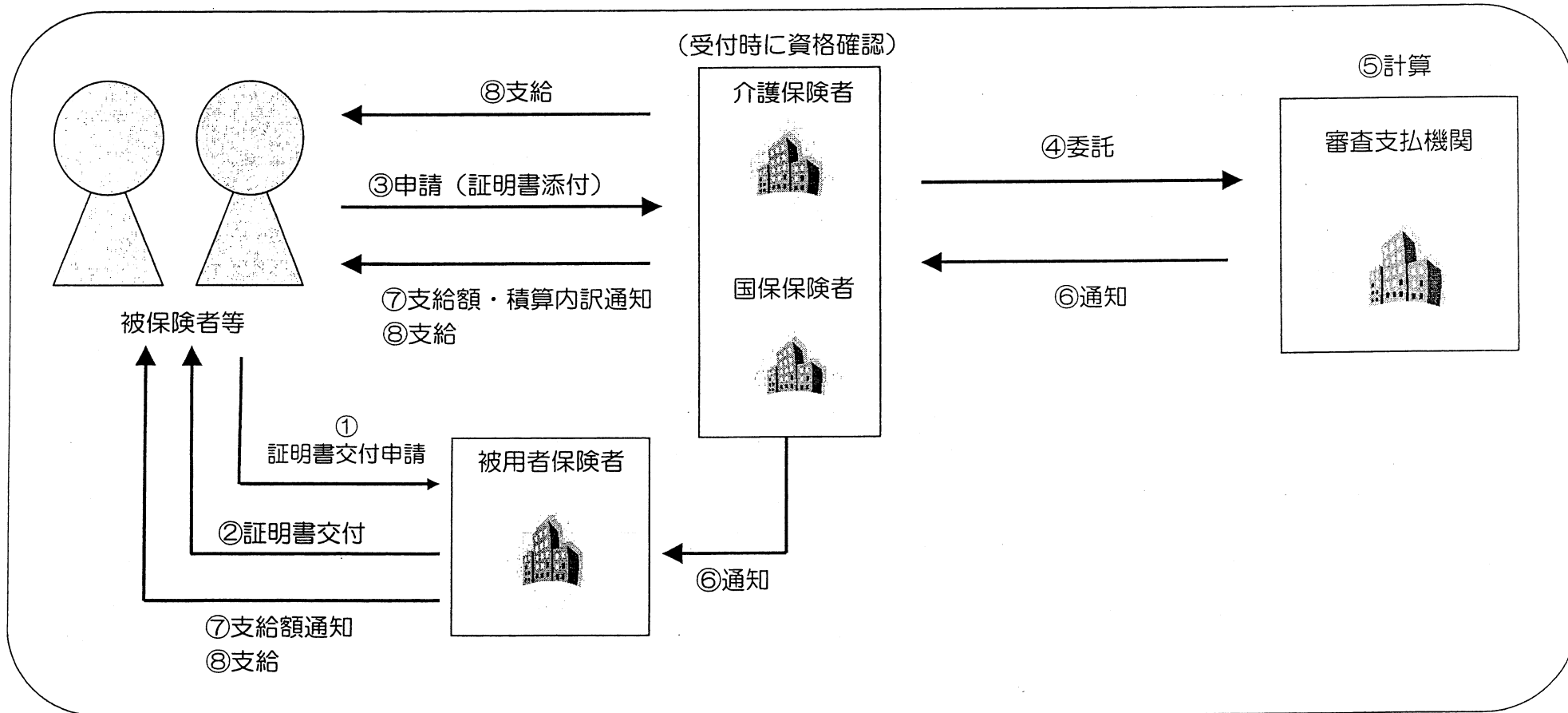
○ 支給対象期間内に加入保険者に変更があった場合

例. 被保険者等は7月31日現在、医療保険Bに加入。(支給対象期間内に医療保険をAからBに変更。)



※ 被保険者等は、毎年7月31日に加入する医療保険者以外のすべての保険者から、負担額証明書の交付を受ける。支給計算は、毎年7月31日に加入する医療保険者が行うため、被保険者等は自己負担額証明書を添付して、支給申請を行う。また、支給対象期間内に加入介護保険者に異動があった場合も同様に取扱う。

- 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、事務を委託する場合  
(支給対象期間内に被用者保険から異動)



※ 支給対象期間内に、被用者保険から異動があった場合、又は、加入介護保険に異動があった場合は、被保険者は前加入の医療保険者及び介護保険者から負担額証明書の交付を受け、その証明書を添付して国保保険者に支給申請を行う。(事務の流れは、被用者保険からの自己負担額証明書の交付が加わる。)

同様のケースで後期高齢者医療の被保険者に係る取扱いも、被用者保険等に対する処理が加わる。

# 高額医療・高額介護合算制度における支給事務のスケジュール

	8月～翌年7月	8月	9月	10月～
支給対象期間	8/1～7/31			
被保険者等		8/1以降は、負担額証明の交付申請及び支給申請を行う		
介護保険者			7月のレセプト審査後、負担額証明書を被保険者に交付	支給
医療保険者				計算、通知及び支給

※ 上記例は、最短の場合のスケジュール。  
 計算事務を審査支払機関等に委託する場合は、支給申請受付後の処理については、同時進行となる。

## 4 支給対象者及び支給額

### ① 支給対象者

被用者保険、後期高齢者医療及び介護保険は被保険者に、また、国保は世帯主にそれぞれ支給する。

### ② 支給額

合算の対象となる世帯のすべての自己負担額の合計額（以下「世帯負担合計額」という。）から限度額を控除し、その額に各保険者に参加していた際に要した自己負担額を世帯負担合計額で除して得た率を乗じて得た額を、各保険者より、支給対象者にそれぞれ支給する。

## 5 支給計算

### ① 合算の対象とする世帯（P14）

住基上の世帯内における他の医療保険に参加している者との合算は行わず、各医療保険制度における世帯単位の自己負担額を合算の対象とする。（現行の高額療養費と同じ。）

### ② 支給対象期間

毎年8月から翌年7月までの医療保険及び介護保険に係る自己負担額を対象とする。また、初年度については、4月から制度が施行されることから、経過措置を設ける。

### ③ 限度額適用区分について（P15）

毎年7月31日に加入する医療保険での高額療養費の限度額の区分を適用する。

### ④ 国民健康保険における世帯員及び被用者保険における被扶養者に係る負担額の取扱い（P16）

国保においては世帯主（擬制世帯主含む）が世帯員の、被用者保険においては被保険者が被扶養者の一部負担金等を負担することとなっており、高額医療・高額介護合算制度においても同様の取扱いとする。

⑤ 加入保険者に変更があった場合の取扱い (P17~18)

支給対象期間内に加入する保険者に変更があった場合、変更前の保険における自己負担額も合算の対象とする。

⑥ 支給対象期間内において限度額適用区分に変更があった場合の取扱いについて

所得更正、世帯構成の変化、又は加入医療保険の変更等により支給対象期間内に限度額適用区分に変更があった場合も、変更の履歴は考慮せず、毎年7月31日に加入する医療保険での高額療養費の限度額区分を適用する。

⑦ 70~74歳の者と70歳未満の者が混在する世帯の支給計算 (国保・被用者保険)

(P19~21)

70~74歳の者のみに係る自己負担額を合算した額に、高齢受給者の基準による限度額を適用し、なお残る自己負担額を70歳未満の者に係る自己負担額と合算して、現役世代の基準の限度額を適用する。また、70~74歳の者に医療及び介護の自己負担額がともにある場合のみ、高齢受給者の基準による限度額を適用する。

⑧ 国民健康保険における擬制世帯主の取扱い (P22~24)

国保の擬制世帯主 (国保の世帯内において、世帯主が他の医療保険に加入している場合) である場合は、擬制世帯主に係る医療及び介護の自己負担額は、他の医療保険において合算し、国保においては、国保の被保険者に係る自己負担額のみを合算の対象とする。(現行の高額療養費と同じ。)

⑨ 老齢福祉年金受給者の取扱い (後期高齢者医療の被保険者のみ対象)

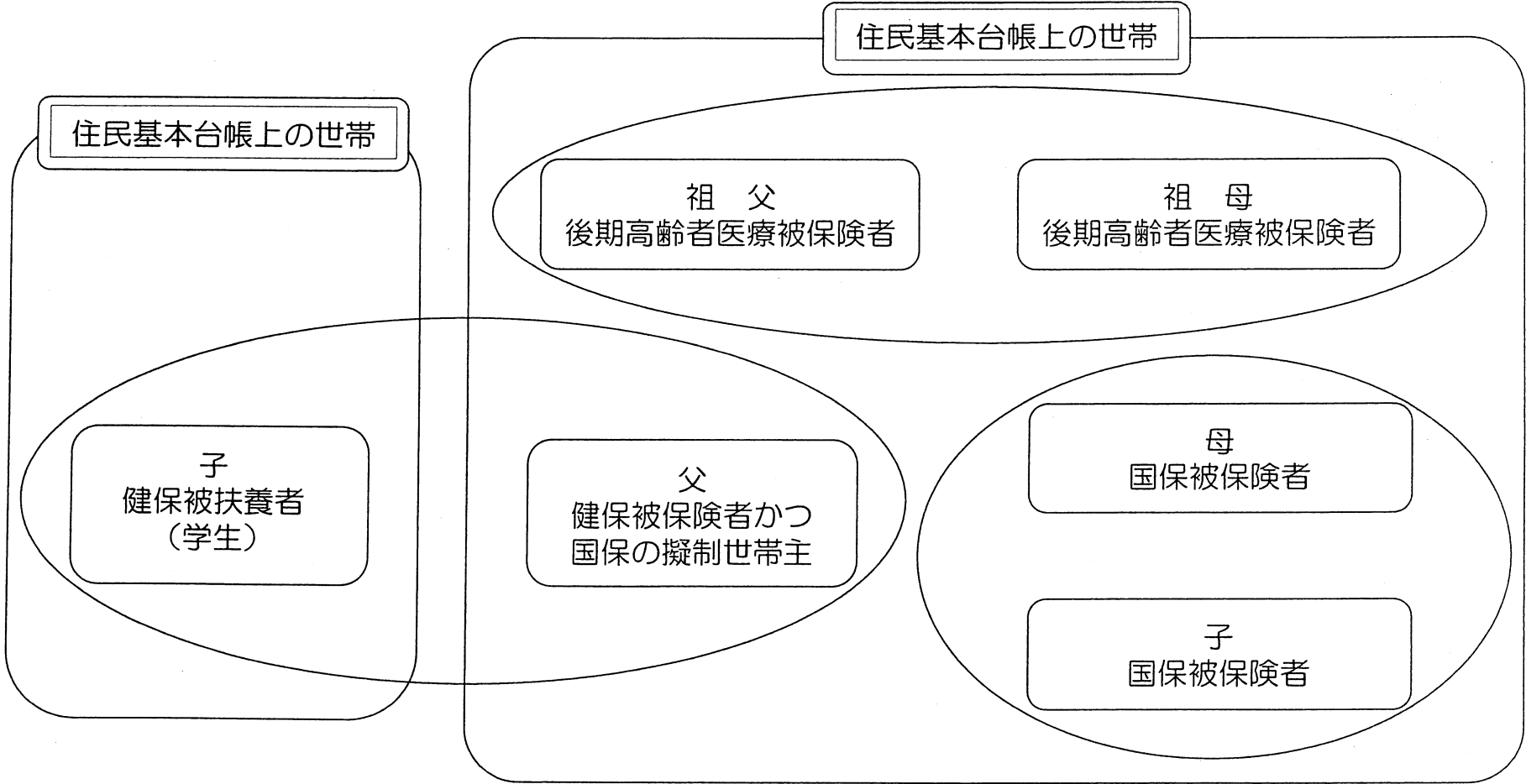
高額療養費制度における取扱いと同様に住民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者については、その者が支給対象期間内に医療及び介護とともに自己負担額がある場合、

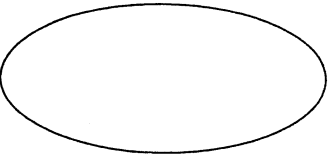
① 世帯の限度額を適用して、按分により個人に対して支給する額

② 個人の負担額に低Iの限度額を適用して支給する額

①及び②のうち、高額となる額を支給する。(現行の高額医療費と同じ。)

高額介護合算療養費（高額医療合算介護・介護予防サービス費）における世帯



※  → 高額介護合算療養費等における世帯（現行の高額療養費と同じ）



## 限度額設定について

- 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (世帯内の70歳～74歳)	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳未満を含む)
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		56万円	62万円	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

## 合算療養費の支給計算（一般的な事例）について（案）

(例)	A	B	計	
医療	400,000円	100,000円	500,000円	(医療負担区分「一般」)
介護	50,000円	300,000円	350,000円	

### 被用者保険・国民健康保険（2名とも高齢受給者）

- A 被保険者・世帯主      B 被扶養者・世帯主以外  
(世帯の負担合算額)
- $$400,000 + 100,000 + 50,000 + 300,000 = 850,000\text{円}$$
- (支給額)
- $$850,000 - 620,000 = 230,000\text{円}$$
- (支給内訳)
- ・医療保険者： $230,000 \times 500,000 (\times) \div 850,000 \doteq 135,294\text{円}$   
(被保険者・世帯主であるAに支給)
  - ・介護保険者： $230,000 \times 350,000 \div 850,000 \doteq 94,706\text{円}$ 
    - A： $94,706 \times 50,000 \div 350,000\text{円} \doteq 13,529\text{円}$
    - B： $94,706 \times 300,000 \div 350,000\text{円} \doteq 81,177\text{円}$
- (対個人支給額)
- ・ A 135,294円 (医療) + 13,529円 (介護) = 148,823円
  - ・ B 81,177円 (介護のみ)
- ※ A及びBに係る一部負担金等については、被保険者・世帯主であるAが負担している。

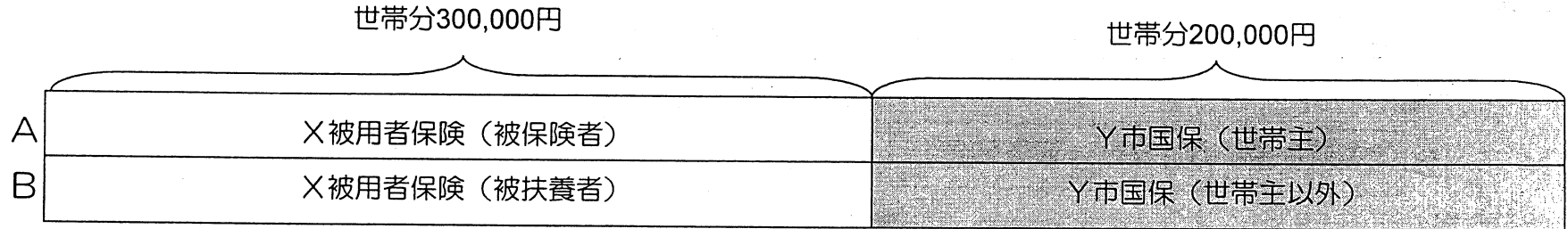
### 後期高齢者医療

- A 被保険者      B 被保険者  
(世帯の負担合算額) 850,000円
- (支給額)
- $$850,000 - 560,000 = 290,000\text{円}$$
- (支給内訳)
- ・医療保険者： $290,000 \times 500,000 \div 850,000 \doteq 170,588\text{円}$ 
    - A： $170,588 \times 400,000 \div 500,000\text{円} \doteq 136,470\text{円}$
    - B： $170,588 \times 100,000 \div 500,000\text{円} \doteq 34,118\text{円}$
  - ・介護保険者： $290,000 \times 350,000 \div 850,000 \doteq 119,412\text{円}$ 
    - A： $119,412 \times 50,000 \div 350,000\text{円} \doteq 17,059\text{円}$
    - B： $119,412 \times 300,000 \div 350,000\text{円} \doteq 102,353\text{円}$
- (対個人支給額)
- ・ A 136,470円 (医療) + 17,059円 (介護) = 153,529円
  - ・ B 34,118円 (医療) + 102,353円 (介護) = 136,471円

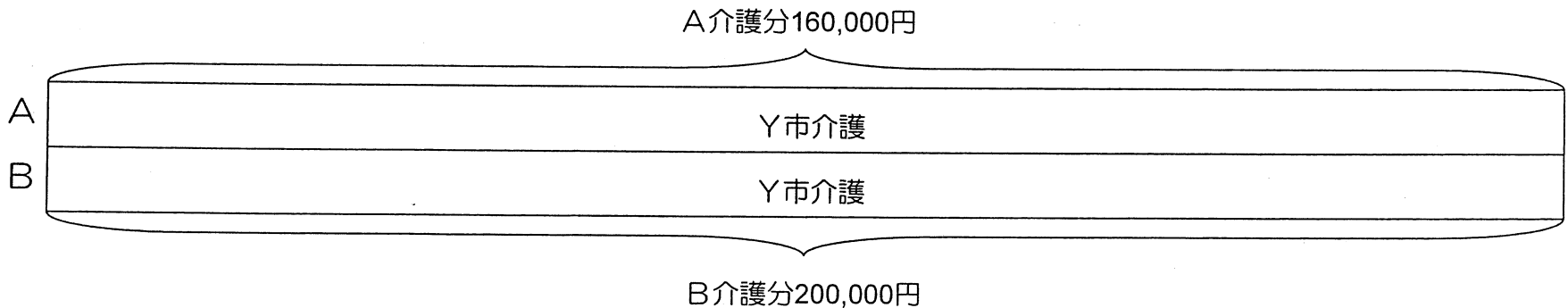
## 支給対象期間内に加入医療保険に異動があった場合の取扱いについて（１）

例 被用者保険加入の世帯が、支給対象期間内に国保に加入した場合。（限度額区分は全て高齢受給者一般）

（医療）



（介護）



（計算）

・ Y市国保による支給計算

（世帯合算）  $300,000 + 200,000 + 160,000 + 200,000 = 860,000$ 円

（支給額）  $860,000 - 620,000 = \mathbf{240,000}$ 円

（支給内訳） X被用者保険  $240,000 \times 300,000 \div 860,000 \doteq 83,721$ 円  
 Y市国保  $240,000 \times 200,000 \div 860,000 \doteq 55,814$ 円  
 Y市介護  $240,000 \times 360,000 \div 860,000 \doteq 100,465$ 円

（Y市介護内訳）

A  $100,465 \times 160,000 \div 360,000 \doteq 44,651$ 円  
 B  $100,465 \times 200,000 \div 360,000 \doteq 55,814$ 円

（対個人支給額）

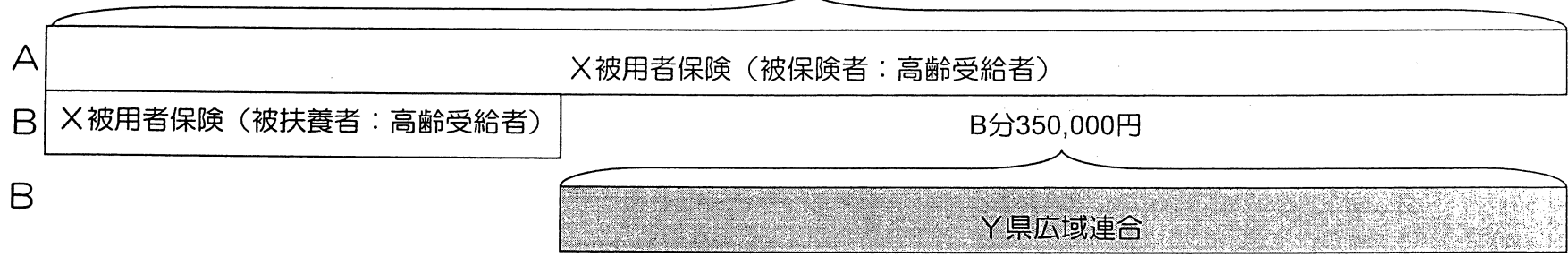
A  $83,721$ （X被用者保険） $+ 55,814$ （Y市国保）  
 $+ 44,651$ （Y市介護） $= \mathbf{184,186}$ 円  
 B  $\mathbf{55,814}$ 円（Y市介護のみ）

## 支給対象期間内に加入医療保険に異動があった場合の取扱いについて（２）

例 被用者保険に加入する被保険者の被扶養者が、支給対象期間内に後期高齢者医療に加入した場合。（限度額区分は全て一般）

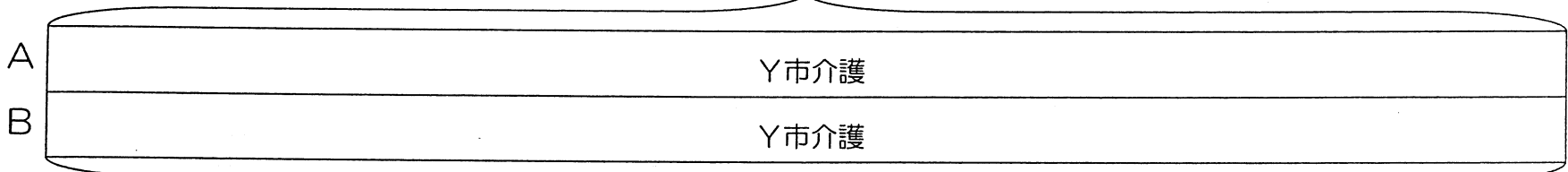
（医療）

X被用者保険分 500,000円



A介護分150,000円

（介護）



B介護分250,000円

（計算）

・ X被用者保険による支給計算

（世帯合算）  $500,000 + 150,000 = 650,000$ 円

（支給額）  $650,000 - 620,000 = 30,000$ 円（全額Aに支給）

（支給内訳） X被用者保険  $30,000 \times 500,000 \div 650,000 \doteq 23,077$ 円  
 Y市介護  $30,000 \times 150,000 \div 650,000 \doteq 6,923$ 円

・ Y県広域連合による支給計算

（世帯合算）  $350,000 + 250,000 = 600,000$ 円

（支給額）  $600,000 - 560,000 = 40,000$ 円（全額Bに支給）

（支給内訳） Y県広域連合  $40,000 \times 350,000 \div 600,000 \doteq 23,333$ 円  
 Y市介護  $40,000 \times 250,000 \div 600,000 \doteq 16,667$ 円

被用者保険・国民健康保険における支給計算について（高齢受給者と70歳未満が混在する場合）

(例)	A (高齢受給者)	B (高齢受給者)	C (70歳未満)	計	(C: 被保険者・世帯主)
医療	400,000円	100,000円	100,000円	600,000円	(医療負担区分「一般」)
介護	50,000円	300,000円	0円	350,000円	

① 高齢受給者に係る自己負担額の合算額に、高齢受給者の基準による限度額を適用する。

(高齢受給者に係る自己負担額の合算額)

$$400,000 + 100,000 + 50,000 + 300,000 = 850,000 \text{円}$$

(支給額)

$$850,000 - 620,000 = 230,000 \text{円}$$

② ①による計算後になお残る自己負担額と、70歳未満の者に係る自己負担額の合算額から、70歳未満の者の基準による限度額を適用する。

(①による計算後になお残る自己負担額との合算額)

$$620,000 + 100,000 = 720,000 \text{円}$$

(支給額)

$$720,000 - 670,000 = 50,000 \text{円}$$

③ 支給合計額 (①+②)

$$230,000 + 50,000 = 280,000 \text{円}$$

○ 各保険者の負担額

医療保険者：  $280,000 \times 600,000 \div 950,000 \doteq 176,842 \text{円}$     介護保険者：  $280,000 \times 350,000 \div 950,000 \doteq 103,158 \text{円}$

○ 対個人支給額

A  $103,158 \times 50,000 \div 350,000 \doteq 14,737 \text{円}$  (介護保険分のみ)

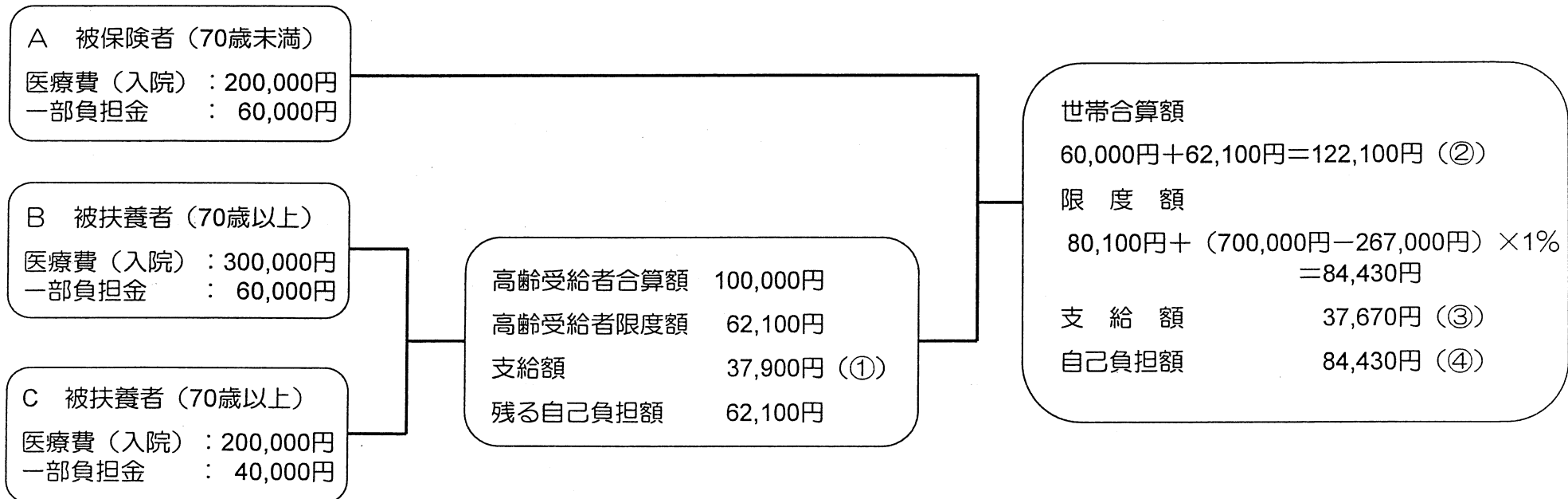
B  $103,158 \times 300,000 \div 350,000 \doteq 88,421 \text{円}$  (介護保険分のみ)

C 176,842円 (医療分：被保険者・世帯主)

国保・被用者保険において世帯内に高齢受給者と70歳未満の者が混在する場合の負担額の取扱いについて

○ 世帯内に高齢受給者と70歳未満の者が混在し、高齢受給者について医療及び介護の両制度ともに負担がある場合、その者に係る支給計算については高齢受給者の限度額を適用し、なお残る負担額に70歳未満の者に係る負担額を合算して、70歳未満の限度額を適用することとしている。その際の負担額については、以下のように算出する。

○ 高額療養費の支給計算例（負担区分一般）



○ 高齢受給者及び世帯の負担額

- ・ 高齢受給者に係る高額療養費  
 $37,670円 (③) \times 62,100円 \div 122,100円 (②) \div 19,159円 (70歳未満との合算分)$   
 $19,159円 + 37,900円 (①) (高齢受給者のみ分) = 57,059円$
- ・ 70歳未満の者に係る高額療養費  
 $37,670円 (③) \times 60,000円 \div 122,100円 (②) \div 18,511円$

世帯負担額 84,430円  
 うち高齢受給者分 60,000円+40,000円-57,059円=42,941円

- 高齢受給者に係る自己負担額の取扱いについて  
医療における取扱いについては、毎月の自己負担額から前頁により算出することとする。  
介護における取扱いについては、70歳に達する日の属する月の翌月以後の負担額を高齢受給者に係る負担額として取り扱う。（証明書には毎月ごとの自己負担額の記載が必要。）
- 被保険者が、支給対象期間内に後期高齢者となった場合の取扱いについて  
限度額の適用については、毎年7月31日における加入医療保険の高額療養費の限度額区分を適用することとしており、後期高齢者における限度額を適用するので、高齢受給者の限度額を適用しない。また、後期高齢者に係る限度額は高齢受給者の限度額より低額のため、高齢受給者の計算後に、後期高齢者の限度額を適用しても計算結果に影響は出ない。
- 支給対象期間内に70歳に達した者に係る自己負担額の取扱いについて  
70歳に達する日の属する月の翌月以後の自己負担額を高齢受給者に係る自己負担額とする。
- 支給対象期間内に高齢受給者である被扶養者又は世帯主以外の被保険者が異動した場合  
高齢受給者が加入していた際に受けた医療等に係る自己負担額は、高齢受給者分として取り扱う。
- 自己負担額として取り扱うレセプトについて（70歳未満の者）  
国保・被用者保険における70歳未満の者に係る高額療養費の支給対象となるレセプトについては、21,000円以上のものを合算の対象としている。（70歳以上の者に係る高額療養費については金額の限度はない。）このことを踏まえ、高額介護合算療養費においても高額療養費と同様に70歳未満の者については、21,000円以上のレセプトを対象とする。

## 国民健康保険における擬制世帯主の取扱いについて（１）

- 合算療養費制度において、個人の自己負担額については支給対象期間内に医療保険を異動しても通算はするが、同一世帯内の異なる医療保険に加入している者の自己負担額については合算しないこととしており、擬制世帯主に係る国保の自己負担額と、その者自身が加入している医療保険における自己負担額は合算しないこととする。
- 毎年7月31日前に擬制世帯主である国保世帯の被保険者が全員資格喪失していた場合は、その自己負担額については、その者が加入する医療保険において合算の対象とする。（算定期間に、世帯内の異なる医療保険として取り扱われないため。）

例 国保加入の世帯主である被保険者が後期高齢者医療の被保険者となり、かつ国保の擬制世帯主となった場合。

(医療)	A	X市国保（世帯主）	Y県後期高齢者医療 （かつX市国保擬制世帯主）
	B	X市国保（世帯主以外）	
(介護)	A	X市介護	
	B	X市介護	

・ Y県後期高齢者医療による合算額

	Y県後期高齢者医療 （かつX市国保擬制世帯主）
X市介護（A分）	

・ X市国保による合算額

X市国保（世帯主）	
X市国保（世帯主以外の者）	
X市介護（B分）	



## 国民健康保険における擬制世帯主の取扱いについて（２）

例 国保加入の世帯が転居し、別の市の国保に加入。その後、世帯主である被保険者が後期高齢者医療の被保険者となり、かつ国保の擬制世帯主となった場合。

（医療）

A	X市国保（世帯主）	Y市国保（世帯主）	Z県後期高齢者医療 （かつY市国保擬制世帯主）
B	X市国保（世帯主以外）	Y市国保（世帯主以外の者）	

（介護）

A	X市介護	Y市介護	
B	X市介護	Y市介護	

・ Z県後期高齢者医療による合算額

X市国保（世帯主）	
X市国保（世帯主以外）	Z県後期高齢者医療 （かつY市国保擬制世帯主）
X市介護（A分）	Y市介護（A分）

・ Y市国保による合算額

	Y市国保（世帯主）
	Y市国保（世帯主以外の者）
X市介護（B分）	Y市介護（B分）



高額介護（医療）合算療養費支給兼自己負担額証明書交付申請書（案）

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		年	月	日	生	性別			
住所		電話番号							
〇〇年度の当該市町村における介護保険の加入期間		年	月	日	～	年	月	日	
〇〇年3月末日時点で加入していた医療保険者の名称		医療保険者の所在地							
世帯構成	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号					
	世帯主								
	世帯員								
様 上記のとおり高額介護（医療）合算療養費の支給を申請します。 申請者 住所 年 月 日 電話番号 氏名 印									

注意 ・ 介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護（医療）合算療養費として支給されます。  
 ・ 高額介護（医療）合算療養費が支給される場合、支給金額は下記に指定する口座に振り込まれます。  
 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（医療）合算療養費の支給ができない場合があります。

高額介護（医療）合算療養費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種	目	口座番号			
	信用金庫	支店	出張所					
	信用組合	店舗コード	1. 普通預金					
	金融機関コード		2. 当座預金					
フリガナ		9. その他						
口座名義人								

市（町村）記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			

# 〇〇保険 自己負担額証明書 (案)

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	年	月	日	生	性別		
住所	電話番号						
	自己負担額	うち70～74歳の者に係る負担額			備考		
〇〇年4月分							
〇〇年5月分							
〇〇年6月分							
〇〇年7月分							
〇〇年8月分							
〇〇年9月分							
〇〇年10月分							
〇〇年11月分							
〇〇年12月分							
〇〇年1月分							
〇〇年2月分							
〇〇年3月分							
〇〇年度合計							

様

上記のとおり〇〇保険の自己負担額を証明します。

年 月 日

市 (町村) 長

印

- 注意
- ・介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護 (医療) 合算療養費として支給されます。
  - ・給付制限を受けている方については、高額介護 (医療) 合算療養費の支給ができない場合があります。
  - ・公費負担医療から給付がされている場合は、当該給付後になお残る自己負担額が記載されます。

市 (町村) 記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			

問い合わせ先

〒123-45XX

〇〇県 × × 市 □ □ □ 1 - 2 - 3

× × 市

〇〇保険課

電話番号

XXX (XXX) XX

高額介護介護合算療養費 支給（不支給）決定通知書（案）

〒123-45XX  
 ○○県××市××××1-2-3  
 介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名					被保険者番号									
サービス提供年月	平成	年	月	～	月									
受付年月日	平成	年	月	日	決定年月日	平成	年	月	日					
本人支払額	円													
給付の種類														
支給					支給金額	円								
不支給の理由														

支払方法											
*****											
お持ち いただくもの	この通知書				金融機関			口座払			
	介護保険被保険者証				口座種類						
支払場所	申請書に使用した印鑑				振込先			口座番号			
支払期間											口座名義人

問い合わせ先  
 〒123-45XX  
 ○○県××市□□□1-2-3  
 ××市

介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、  
 ○○国民健康保険審査会及び○○介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、  
 審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、□□に  
 対して提起することができます。  
 (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。  
 (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。  
 (3) その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

( )

