

老介発1012第1号  
平成28年10月12日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局介護保険計画課長  
（ 公 印 省 略 ）

「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」の一部改正について

介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費の支給に係る申請書等の様式については、「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」(平成21年1月16日老介発第0116001号)においてお示ししているところであるが、今般、下記のとおり改正したため、貴職においてこれを御了知の上、管内市町村等に周知徹底をお願いする。

#### 記

1. 標記通知の「別添1」の申請書の様式について、本通知の別紙1のとおり、裏面の備考欄に新たな記載を追加する。  
これは、介護保険者が付番する自己負担額証明書の整理番号の番号体系において介護保険給付と介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という。）を区別するためである。
2. 「「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」の一部改正について」(平成28年3月31日老介発0331第3号。以下「平成28年通知」という。)の「別添1」で示した、総合事業における高額医療合算介護予防サービス費相当の事業に係る自己負担額証明書の様式を本通知の別紙2のとおり改正し、標記通知の別添2の2とする。

これは、医療保険者による高額医療合算介護サービス費等の支給額計算において、誤って総合事業の自己負担額を含めることがないように、総合事業における高額医療合算介護予防サービス費相当の事業に係る自己負担額証明書に記載された情報を登録する手続きを不要することによるものである。なお、被保険者の申請手続きの煩雑化を避ける観点から、総合事業における高額医療合算介護予防サービス費相当の事業に係る自己負担額証明書については、引き続き医療保険者にて受付を行い、医療保険者から介護保険者へ連携するものとする。

### 3. 標記通知の2（1）を別紙3のとおり改正する。

なお、本通知については、原則本日より適用することとするが、各保険者における総合事業の実施時期等を踏まえ、各保険者の判断によりこれと異なる適用日とすることも可能である。

また、システム改修の時期等の理由により、本通知の別紙2に代わり、平成28年通知の別添1の様式を引き続き使用する場合には、医療保険者が支給額計算において、総合事業の自己負担額を含めることがないように、医療保険者向け連絡事項の「国保連合会に国民健康保険分の支給額計算等事務を委託している場合、又は後期高齢者医療広域連合電算処理システムにて支給額計算等事務を行う場合、当該証明書情報を国保連合会介護保険審査支払等システムにて処理が行えるようデータでの登録をお願いします。」の記載をマスキングする等の対応を行われたい。

老介発第 0116001 号  
平成 21 年 1 月 16 日

各都道府県介護保険主管部(局)長 殿

厚生労働省老健局介護保険課長

高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について

介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費に係る支給要件等については、介護保険法施行令(平成10年政令第412号。以下「令」という。)第22条の3及び第29条の3並びに介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「規則」という。)第83条の4の2から第83条の4の4まで及び第97条の2の2において明らかにし、これらの規定の趣旨及び主な内容については、「健康保険法施行令等の一部を改正する政令及び健康保険法施行規則等の一部を改正する省令等の施行について」(平成20年6月30日老発第0630002号、保発第0630001号)により示しているところであるが、その運用の詳細については下記のとおりであり、平成20年4月1日から適用しているところなので、御了知の上、貴管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底をお願いする。

記

1 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給事務の運用の詳細について

- (1) 令第22条の3第5項(令第29条の3第2項において準用する場合を含む。)及び規則第83条の4の4第6項(規則第97条の2の2において準用する場合を含む。)の適用について

市町村は、計算期間(前年8月1日から7月31日までの1年間(施行当初の計算期間は平成20年4月1日から平成21年7月31日までの16ヶ月間。以下「初年度計算期間」という。))。以下同じ。))において、市町村が行う介護保険の被保険者であった者であって当該市町村の基準日被保険者(基準日(7月31日)に属する介護保険の被保険者(以下「介護被保険者」という。))から高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を受ける者。以下同じ。))ではないものについても、基準日被保険者と同様に高額医療合算介護(予防)サービス費の支給の申請を受け付けることとなる。具体的な対象者は、  
ア 計算期間の途中で当該市町村から転出して他の市町村に転入し、当該他の

市町村の行う介護保険の被保険者となった者

イ 計算期間の途中で適用除外施設に入所したことにより、介護保険の被保険者でなくなった者

ウ 計算期間の途中で海外に移住したことにより、介護保険の被保険者でなくなった者

などである。

なお、これらの者の高額医療合算介護(予防)サービス費の支給における基準日も7月31日であり、当該基準日の翌日以降に申請を受け付けること。

(2) 令第22条の3第9項(令第29条の3第2項において準用する場合を含む。)

及び規則第83条の4の3の適用について

当該市町村の行う介護保険の被保険者又は被保険者であった者が、計算期間の途中において、医療保険加入者又は後期高齢者医療の被保険者でなくなった場合は、その被保険者でなくなった日の前日を基準日として精算することとなる(当該者を以下「精算対象者」という。)。具体的には、以下の場合がある。また、精算対象者に対する高額医療合算介護(予防)サービス費の支給額を計算するためには、合算対象者の自己負担額を把握する必要がある。このため、規則第83条の4の4第5項の規定により、精算対象者の合算対象者からの申請を受け、当該合算対象者に自己負担額証明書を交付することとなる。当該自己負担額証明書は精算対象者に係る基準日時点のものとする。市町村におかれては、精算対象者の高額医療合算介護(予防)サービス費の申請には、合算対象者の自己負担額証明書の申請も必要であることを周知しておくとともに、当該支給申請の際にもその旨を説明するなど、申請者の理解への配慮をお願いする。

ア 計算期間中に死亡した場合

基準日は、死亡した日となる。

計算期間中に死亡した者の高額医療合算介護(予防)サービス費の支給の申請は、高額介護サービス費制度との均衡上、当該死亡した者の相続人が相続することとなり、申請手続等も行うこととなる。

イ 計算期間中に生活保護が開始され、医療保険の加入者でなくなった場合

基準日は、生活保護が開始される前日となる。

ウ 計算期間中に海外に移住し、海外において医療保険に加入していない場合

基準日は、医療保険から脱退した日の前日となる。

(3) 規則第83条の4の4第3項(規則第97条の2の2において準用する場合を含む。)の適用について

介護保険者は、医療保険者から被保険者に対する高額医療合算介護(予防)サービス費の支給額の通知を受けたときに、当該被保険者に当該額を通知し、支給することとなるが、基準日の翌日から2年以内に医療保険者から通知がない場合

は、介護保険者は申請書が提出されなかったものとみなすことができることとする。ただし、この場合、当該被保険者に申請書を提出しなかったものとして差し支えないか確認をする必要がある。なお、当該規定は、当該被保険者からの再申請を妨げない。

(4) 規則第 83 条の 4 の 4 第 4 項(規則第 97 条の 2 の 2 において準用する場合を含む。)の適用について

令第 22 条の 3 第 6 項第 3 号ニ、令第 22 条の 3 第 7 項第 1 号ニ、令第 22 条の 3 第 7 項第 2 号ニに掲げる場合については、介護保険者で再計算し、医療保険者から通知された額を修正した上で、被保険者に対し当該修正額を通知し支給するものとする。具体的には、医療保険と介護保険の自己負担の合算額から 31 万円(初年度 41 万円)を控除し、令第 22 条の 3 第 2 項に規定する医療合算按分率を乗じ、更に同項に規定する被保険者医療合算按分率を乗じた額を高額医療合算介護(予防)サービス費として当該被保険者に支給することとなる。

2 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給に係る申請手続の取扱いについて

(1) 申請書等の様式について

- ・ 規則第 83 条 4 の 4 第 1 項の高額医療合算介護(予防)サービス費の支給に係る申請書の様式については、別添 1 を例とすること。
- ・ 規則第 83 条の 4 の 4 第 2 項の証明書の様式については、別添 2 とすること。なお、証明書の様式については、医療保険者の事務処理上共通のものとしていることから、当該様式を用いること。また、別添 2 の様式中「自己負担額証明書整理番号」については、左から証明対象年度の西暦(4 桁) + 99 + 介護保険者の保険者番号(6 桁) + 介護保険者が付する通し番号(8 桁)と記載するものとする。

なお、介護予防・日常生活支援総合事業における高額医療合算介護予防サービス費相当の事業を実施する場合には、証明書の様式については別添 2 を用いず別添 2 の 2 を用いること。また、別添 2 の 2 の様式中「自己負担額証明書整理番号」については、左から順に「証明対象年度の西暦(4 桁) + 98 + 介護保険者の保険者番号(6 桁) + 介護保険者が付する通し番号(8 桁)」と記載するものとする。

- ・ 規則第 83 条の 4 の 4 第 3 項又は第 4 項の通知に係る支給決定通知書の様式については、別添 4 を例とすること。

(2) 申請手続の負担軽減について

高額医療合算介護(予防)サービス費の支給対象となる被保険者等について申請に係る負担を軽減するため、

ア 申請時に利用者負担額の申告及び領収書の添付等利用者負担額の証明を求めない。

イ 高額医療合算介護(予防)サービス費の受け取りについても、当該被保険者の申請時に指定した口座に振り込む。

など適切に対応されたいこと。

(3) 申請者に係る介護保険と医療保険の事務を同一の市町村が行う場合等の取り扱いについて

ア 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給対象となる被保険者が、計算期間の末日において、当該被保険者に係る介護保険を行う市町村と同一の市町村が行う国民健康保険の被保険者たる世帯主である場合等、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給事務を高額介護合算療養費の支給事務と同一の市町村が行う場合にあつては、国民健康保険担当課において、高額介護合算療養費の支給申請と高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請を併せて受け付けること。

また、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給対象となる被保険者が、計算期間の末日において、当該被保険者に係る介護保険を行う市町村と同一の市町村が加入する後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者である場合にあつては、当該市町村の後期高齢者医療担当課において、高額介護合算療養費の支給申請と高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請を併せて受け付けること。

なお、当該申請に係る被保険者について、計算期間内において住所異動等により介護保険等の保険者が変更されている場合であつて当該住所異動等以前に医療又は介護サービスを利用している場合、従前の保険者に係る自己負担額証明書を添付する必要があるため、申請者に対して注意喚起するなど申請手続の際に適切な対応を図られたい。

イ その際の申請の様式については、別添1を例とすること。

(別添1)

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

|        |  |      |       |       |        |           |           |  |
|--------|--|------|-------|-------|--------|-----------|-----------|--|
| 申請対象年度 |  | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ | (保険者等記入欄) | 支給申請書整理番号 |  |
|--------|--|------|-------|-------|--------|-----------|-----------|--|

|      |  |      |    |             |  |
|------|--|------|----|-------------|--|
| フリガナ |  | 生年月日 | 性別 | 個人番号        |  |
| 氏名   |  |      |    | 計算期間の始期及び終期 |  |

国民健康保険資格情報

|       |         |         |                              |       |                 |
|-------|---------|---------|------------------------------|-------|-----------------|
| 保険者番号 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | 続柄                           | 保険者名称 | 加入期間            |
|       |         |         | 1. 世帯主<br>2. 擬制世帯主<br>3. 世帯員 |       | 年 月 日から 年 月 日まで |

後期高齢者医療資格情報

|       |        |        |                 |
|-------|--------|--------|-----------------|
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 広域連合名称 | 加入期間            |
|       |        |        | 年 月 日から 年 月 日まで |

介護保険資格情報

|       |        |       |                 |
|-------|--------|-------|-----------------|
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 | 加入期間            |
|       |        |       | 年 月 日から 年 月 日まで |

|                    |        |         |              |         |           |                              |      |       |           |
|--------------------|--------|---------|--------------|---------|-----------|------------------------------|------|-------|-----------|
| 支給方法               | 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行           | 金融機関コード | 店舗コード     | 種目                           | 口座番号 | フリガナ  | 振込先口座管理番号 |
| 1. 窓口払い<br>2. 口座振込 | 1      |         | 信用金庫<br>信用組合 |         | 本店<br>出張所 | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>9. その他 |      | 口座名義人 |           |

|        |      |                    |                 |     |
|--------|------|--------------------|-----------------|-----|
| 保険者加入歴 | 保険者名 | 加入期間               | 添付の自己負担額証明書整理番号 | 備考欄 |
|        | 1    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                 |     |
|        | 2    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                 |     |
|        | 3    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                 |     |

〒999-9999      ○○県○○市△△町1-1      平成 年 月 日  
 ○○市長 国保太郎 殿

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下さい。  
 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号      住所  
 申請代表者  
 氏名      印  
 電話番号

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | 枚中 |  | 枚目 |
|--|----|--|----|

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## ご記入上の注意事項等

### 1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護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。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2.擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入層欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。  
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入層欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。  
例) 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
  - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者  
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
  - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者  
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
  - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）  
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご留意下さい。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

### 2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

## 保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。

「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号8桁（介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）+保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）

なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

3. 保険者加入歴に介護保険（総合事業）自己負担額証明書の情報（保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号）が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。

なお、介護保険（総合事業）自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。

「証明対象年度西暦（4桁）+“98”+保険者番号（6桁）+保険者が付する通し番号（8桁）」



(別添2)

〒999-9999  
〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3  
介護 太郎 様

〇〇市介護保険（保険給付） 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

|                    |       |                     |  |                     |  |
|--------------------|-------|---------------------|--|---------------------|--|
| フリガナ               |       |                     |  |                     |  |
| 氏名                 |       |                     |  |                     |  |
| 生年月日               |       | 性別                  |  | 証明対象年度              |  |
| 自己負担額証明書整理番号       |       |                     |  |                     |  |
| 保険者番号              |       |                     |  | 被保険者番号              |  |
| 対象となる計算期間          |       | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |  |                     |  |
| 計算期間において被保険者であった期間 |       | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |  |                     |  |
| サービス提供年月           | 自己負担額 | うち70歳~74歳の者に係る自己負担額 |  | 摘要                  |  |
| 平成 年 8月分           |       |                     |  |                     |  |
| 9月分                |       |                     |  |                     |  |
| 10月分               |       |                     |  |                     |  |
| 11月分               |       |                     |  |                     |  |
| 12月分               |       |                     |  |                     |  |
| 平成 年 1月分           |       |                     |  |                     |  |
| 2月分                |       |                     |  |                     |  |
| 3月分                |       |                     |  |                     |  |
| 4月分                |       |                     |  |                     |  |
| 5月分                |       |                     |  |                     |  |
| 6月分                |       |                     |  |                     |  |
| 7月分                |       |                     |  |                     |  |
| 計                  |       |                     |  |                     |  |
| 平成 年 月 日           |       |                     |  |                     |  |
| 〒 -                |       |                     |  |                     |  |
| -----<br>(所在地)     |       |                     |  |                     |  |
|                    |       |                     |  | 〇〇市長<br>〇〇介護保険広域連合長 |  |
|                    |       |                     |  | 印                   |  |

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)  
〒 -  
〇〇県〇〇市×××  
介護保険課  
電話番号 999-999-9999

(計算結果送付先)  
〒 -

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。  
「証明対象年度西暦（4桁）＋99＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」  
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当該介護保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
  - ① すべての被保険者番号に係る被保険者期間を通算して記載する場合  
「被保険者番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。  
また、被保険者期間に空白期間がある場合については、「計算期間において被保険者であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日（空白期間に係るものに限る。）をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。  
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合  
4月分の摘要欄：「4月1日資格喪失」 5月分の摘要欄：「5月1日資格取得」
  - ② 被保険者番号ごとに証明書を発行する場合  
「被保険者番号」欄及び「計算期間において被保険者であった期間」欄には、当該証明書に記載する被保険者期間に係るものを記載すること。
4. 「対象となる計算期間」中に給付制限を受けており、自己負担が3割となっている期間については、該当月の「自己負担額」欄（「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄）には零を記載し、「摘要」欄に「給付額減額」と記載すること。
5. 【保険者連絡用】の（問い合わせ先）については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の（計算結果送付先）については、計算結果の送付先が（問い合わせ先）と異なる場合のみ記載すること。

(別添2-2)

〒999-9999  
 ○○県○○市○○町1-2-3  
 介護 太郎 様

○○市介護保険（総合事業） 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

|  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
|--|-------|---------------------|---|--------|----|---|----|---|---|---|
| フリガナ   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 氏名   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 生年月日   |       | 性別                  |   | 証明対象年度 |    |   |    |   |   |   |
| 自己負担額証明書整理番号   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 保険者番号  |       | 被保険者番号              |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 対象となる計算期間  |       | 平成                  | 年 | 月      | 日  | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 計算期間において被保険者であった期間   |       | 平成                  | 年 | 月      | 日  | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| サービス提供年月   | 自己負担額 | うち70歳～74歳の者に係る自己負担額 |   |        | 摘要 |   |    |   |   |   |
| 平成 年 8月分   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 9月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 10月分   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 11月分   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 12月分   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 平成 年 1月分   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 2月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 3月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 4月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 5月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 6月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 7月分  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 計  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 平成 年 月 日   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| 〒 -  |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">(所在地)</div>   |       |                     |   |        |    |   |    |   |   |   |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           { ○○市長<br/>           ○○介護保険広域連合長         </div> |       |                     |   |        | 印  |   |    |   |   |   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>【保険者連絡用】</b><br/>         (問い合わせ先)<br/>         〒 -<br/>         ○○県○○市×××<br/>         介護保険課<br/>         電話番号 999-999-9999</p> <p>(計算結果送付先)<br/>         〒 -</p> | <p><b>【医療保険者向け連絡事項】</b><br/>         ・この証明書は、高額医療合算介護予防サービス費相当の支給額計算を行うために使用するものであるため、計算基準日時点の介護保険者に原本を提供して下さい。<br/>         ・当該証明書記載の自己負担額は、医療保険者が行う支給額計算に含めないで下さい。</p> |
|--|--|

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。  
「証明対象年度西暦（4桁）＋98＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」  
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当該介護保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
  - ① すべての被保険者番号に係る被保険者期間を通算して記載する場合  
「被保険者番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。  
また、被保険者期間に空白期間がある場合については、「計算期間において被保険者であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日（空白期間に係るものに限る。）をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。  
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合  
4月分の摘要欄：「4月1日資格喪失」      5月分の摘要欄：「5月1日資格取得」
  - ② 被保険者番号ごとに証明書を発行する場合  
「被保険者番号」欄及び「計算期間において被保険者であった期間」欄には、当該証明書に記載する被保険者期間に係るものを記載すること。
4. 市町村において給付制限相当事業を行っている場合に、「対象となる計算期間」中に給付制限を受けているときは、その期間については、該当月の「自己負担額」欄（「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄）には零を記載し、「摘要」欄に「給付額減額」と記載すること。
5. 【保険者連絡用】の（問い合わせ先）については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の（計算結果送付先）については、計算結果の送付先が（問い合わせ先）と異なる場合のみ記載すること。

(別添3) ※廃止

〒999-9999  
〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3  
介護 太郎 様

### 〇〇市介護保険 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

|                    |       |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|--------------------|-------|--------|---------------------|---|----|----|---|---|---|
| フリガナ               |       |        |                     |   |    |    |   |   |   |
| 氏名                 |       |        |                     |   |    |    |   |   |   |
| 生年月日               |       | 性別     |                     |   |    |    |   |   |   |
| 自己負担額証明書整理番号       |       | 証明対象年度 |                     |   |    |    |   |   |   |
| 保険者番号              |       | 被保険者番号 |                     |   |    |    |   |   |   |
| 対象となる計算期間          | 平成    | 年      | 月                   | 日 | ～  | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 計算期間において被保険者であった期間 | 平成    | 年      | 月                   | 日 | ～  | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| サービス提供年月           | 自己負担額 |        | うち70歳～74歳の者に係る自己負担額 |   | 摘要 |    |   |   |   |
| 平成20年              | 4月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 5月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 6月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 7月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 8月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 9月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 10月分  |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 11月分  |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 12月分  |        |                     |   |    |    |   |   |   |
| 平成21年              | 1月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 2月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 3月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 4月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 5月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 6月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 7月分   |        |                     |   |    |    |   |   |   |
|                    | 計     |        |                     |   |    |    |   |   |   |
| 平成 年 月 日<br>〒 -    |       |        |                     |   |    |    |   |   |   |

【保険者連絡用】  
(問い合わせ先)  
〒 -  
〇〇県〇〇市×××  
介護保険課  
電話番号 999-999-9999  
(計算結果送付先)  
〒 -

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。  
「証明対象年度西暦（4桁）＋99＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」  
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当該介護保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
  - ① すべての被保険者番号に係る被保険者期間を通算して記載する場合  
「被保険者番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。  
また、被保険者期間に空白期間がある場合については、「計算期間において被保険者であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日（空白期間に係るものに限る。）をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。  
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合  
4月分の摘要欄：「4月1日資格喪失」 5月分の摘要欄：「5月1日資格取得」
  - ② 被保険者番号ごとに証明書を発行する場合  
「被保険者番号」欄及び「計算期間において被保険者であった期間」欄には、当該証明書に記載する被保険者期間に係るものを記載すること。
4. 「対象となる計算期間」中に給付制限を受けており、自己負担が3割となっている期間については、該当月の「自己負担額」欄（「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄）には零を記載し、「摘要」欄に「給付額減額」と記載すること。
5. 【保険者連絡用】の（問い合わせ先）については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の（計算結果送付先）については、計算結果の送付先が（問い合わせ先）と異なる場合のみ記載すること。

(別添 4)

〒999-9999  
〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3

介護 太郎 様

## 高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書（案）

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、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 |  | 被保険者証記号 |  | 被保険者(証)番号 |  |
|--------|--|---------|--|-----------|--|

|                   |    |   |   |   |       |    |   |   |   |
|-------------------|----|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 計算対象期間            | 平成 | 年 | 月 | ～ | 平成    | 年  | 月 |   |   |
| 申請年月日             | 平成 | 年 | 月 | 日 | 決定年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 計算対象期間中の自己負担額の合計額 |    |   |   | 円 | 支給額   |    |   |   | 円 |
| 給付の種類             |    |   |   |   |       |    |   |   |   |
| 不支給の理由            |    |   |   |   |       |    |   |   |   |
| 備考                |    |   |   |   |       |    |   |   |   |

| 支払方法      |                                     |     |       |  |
|-----------|-------------------------------------|-----|-------|--|
| * * *     |                                     | 口座払 |       |  |
| お持ちいただくもの | ・この通知書<br>・〇〇保険被保険者証<br>・申請書に使用した印鑑 | 振込先 | 金融機関  |  |
| 支払場所      |                                     |     | 口座種目  |  |
| 支払期間      |                                     |     | 口座番号  |  |
|           |                                     |     | 口座名義人 |  |

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 〒 (所在地) | 全国健康保険協会 支部長<br>健康保険組合理事長<br>市長<br>県後期高齢者医療広域連合長 | 印 |
|---------|--|---|

|  |
|--|
| 問い合わせ先<br>〒123-45XX<br>〇〇県××市〇〇〇1-2-3<br>××市 市〇〇課<br>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3箇月以内に、〇〇健康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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求ができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

備考

1. この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

記入上の注意事項

1. 「備考」欄には、平成 20 年度において計算対象期間が 12 ヶ月となった場合に、“計算対象期間 12 ヶ月での計算による支給(計算対象期間 16 ヶ月での計算より支給額大)”等、被保険者への計算対象期間にかかる説明等を記載すること。  
その他、被保険者への連絡において留意すべき事項があればその内容を記載すること。