

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	×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	×市国保（世帯主以外）	Y市国保（世帯主以外の者）	
(介護)	A	×市介護	Y市介護	
	B	×市介護	Y市介護	

・ Z県後期高齢者医療による合算額

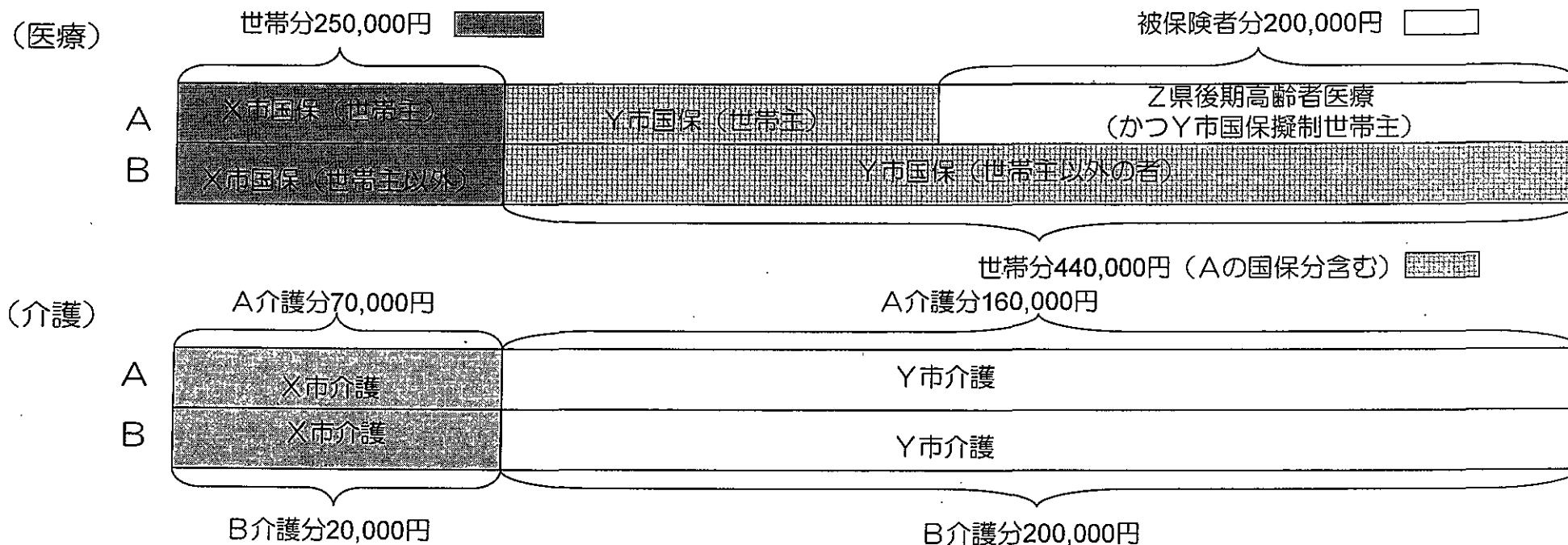
×市国保（世帯主）	Z県後期高齢者医療 （かつY市国保擬制世帯主）
×市国保（世帯主以外）	
×市介護（A分）	Y市介護（A分）

・ 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）
×市介護（B分）	Y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（３）

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。（限度額区分は全て一般）



(計算)

・ Z県による支給計算

(世帯合算) $250,000 + 200,000 + 70,000 + 160,000 = 680,000$ 円
 (支給額) $680,000 - 560,000 = 120,000$ 円
 (支給内訳) X市国保 $120,000 \times 250,000 \div 680,000 \div 44,118$
 Z県後期 $120,000 \times 200,000 \div 680,000 \div 35,294$
 X市介護 $120,000 \times 70,000 \div 680,000 \div 12,353$
 Y市介護 $120,000 \times 160,000 \div 680,000 \div 28,235$

・ Y市国保による支給計算

(世帯合算) $440,000 + 20,000 + 200,000 = 660,000$ 円
 (支給額) $660,000 - 620,000 = 40,000$ 円
 (支給内訳) Y市国保 $40,000 \times 440,000 \div 660,000 \div 26,667$
 X市介護 $40,000 \times 20,000 \div 660,000 \div 1,212$
 Y市介護 $40,000 \times 200,000 \div 660,000 \div 12,121$

個人に対する支給（Z県、X市及びY市からの支給額合計）

A $44,118$ （X市国保） $+ 35,294$ （Z県後期） $+ 12,353$ （X市介護） $+ 28,235$ （Y市介護） $+ 26,667$ （Y市国保） $= 146,667$ 円
 B $1,212$ （X市介護） $+ 12,121$ （Y市介護） $= 13,333$ 円

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				
	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			
世帯構成	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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 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 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	
	フリガナ			
	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

高額介護合算療養費 支給（不支給）決定通知書（案）

〒123-45XX
〇〇県××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				
* * *		口座払		
お持ち いただくもの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	振込先	金融機関	
			口座種目	
			口座番号	
			口座名義人	
支払場所				
支払期間				

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市□□□1-2-3
××市
電話番号 XXX(XXX)XXXX

介護保険課

- 1 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、〇〇国民健康保険審査会及び〇〇介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- 2 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。

()

