

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各 介 護 保 険 関 係 団 体 御 中

← 厚生労働省 老健局 介護保険計画課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「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

計8枚（本紙を除く）

Vol. 536

平成28年3月31日

厚生労働省老健局

介護保険計画課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 2164）
FAX：03-3503-2167

老介発0331第3号
平成28年3月31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、下記のとおりその様式の一部を改正したため、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2」の様式に加えて、新たに、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に係る自己負担額証明書の様式を本通知の別添1として追加する。
2. 上記1. で示したとおり、新たに介護予防・日常生活支援総合事業の自己負担額証明書を追加したことを受け、標記通知の「別添2」の様式について、介護保険給付のものであることを明示するよう、別添2のとおり改正する。各保険者におかれては、介護保険給付の自己負担額証明書に介護予防・日常生活支援総合事業の自己負担額を記載しないよう、留意されたい。
なお、別添1及び別添2の様式については、原則本日より適用することとするが、各保険者における介護予防・日常生活支援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、この

場合には、本通知による改正前の標記通知の「別添2」の様式については、引き続き介護保険給付に係る自己負担額証明書として取り扱って差し支えない。

3. 標記通知の「別添4」の様式について、行政不服審査法（平成26年法律第68号）及び行政不服審査法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第69号）について、行政不服審査法の施行期日を定める政令（平成27年政令第390号）により、本年4月1日から施行することとされたことに伴い、介護保険審査会に対する審査請求期間が現行の60日から3か月に延長すること（行政不服審査法第18条）、行政庁は、不服申立期間等について適切な教示を行うこととされていること（行政不服審査法第82条及び第83条）を踏まえ、本通知の別添3のとおり改正し、その例によることとする。

なお、本様式については、本年4月1日より適用することとする。

(別添1)

〒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（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	
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			
〒 -			
(所在地)			
〇〇市長 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X X X
介護保険課
電話番号 999-999-9999

(計算結果送付先)

〒 -

【医療保険者向け連絡事項】

・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写しを提供して下さい。

・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。

・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。

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. 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	
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			
〒 -			
(所在地)			
〇〇市長 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3)

〒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 ・〇〇保険被保険者証 ・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 健康保険組合理事長 市長 県後期高齢者医療広域連合長	印
---------	--	---

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市〇〇〇1-2-3
××市 市〇〇課
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、〇〇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することができなくなり、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。