

各所属所長 殿

公立学校共済組合鹿児島支部長  
(鹿児島県教育委員会教育長)

高額介護合算療養費について (通知)

このことについては、平成20年3月12日付け公共鹿第996号「地方公務員等共済組合法等の一部改正について」で通知したところですが、内容について下記のとおりお知らせします。

記

1 概要

(1) 目的

医療保険と介護保険の両制度の給付を受けることにより、自己負担額が著しく高額となる場合、両制度を通じた自己負担限度額を適用して世帯負担の軽減を図る。

(2) 仕組み

医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を世帯単位で合算し、その合計額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額に医療保険の按分率を乗じて得た額を「高額介護合算療養費」として支給する。

計算期間は、前年の8月1日からその年の7月31日までの1年間（初回のみ平成20年4月1日から平成21年7月31日まで）とする。

[自己負担限度額]

| 所得区分                                |                 | 年齢区分 | 70歳未満            | 70～74歳         |
|-------------------------------------|-----------------|------|------------------|----------------|
| ① 上位所得者 (70歳未満)<br>現役並み所得者 (70～74歳) |                 |      | 126万円<br>(168万円) | 67万円<br>(89万円) |
| ② 一般区分 (①・③以外)                      |                 |      | 67万円<br>(89万円)   | 62万円<br>(75万円) |
| ③ 低所得者                              | Ⅱ 市町村民税非課税者     |      | 34万円<br>(45万円)   | 31万円<br>(41万円) |
|                                     | Ⅰ 所得が一定基準に満たない者 |      |                  | 19万円<br>(25万円) |

注1 平成20年度は、経過措置として平成20年4月1日から平成21年7月31日までの16か月となる（自己負担限度額は、上の表の（）内の金額）が、16か月で算出した金額より12か月で算出した金額のほうが多いときは、12か月で算出した金額となる。

2 上記62万円については、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減措置がとられたことを踏まえ、平成22年7月31日までは56万円とする。

3 上位所得者とは、給料月額424,000円以上の組合員、現役並み所得者とは、医療費の窓口負担が3割となる組合員

[一般的な計算例]

組合員A（所得区分：一般）、被扶養者B（67歳）、被扶養者C（69歳）  
組合員A、被扶養者B及び被扶養者CはZ市介護保険被保険者

|        | 医療保険負担額 | 介護保険負担額 | 合 計   |
|--------|---------|---------|-------|
| 組 合 員A | 30万円    | 0円      | 30万円  |
| 被扶養者B  | 50万円    | 0円      | 50万円  |
| 被扶養者C  | 20万円    | 30万円    | 50万円  |
| 合 計    | 100万円   | 30万円    | 130万円 |

世帯負担総額 130万円

高額介護合算療養費の支給額の計算

130万円 - 67万円(一般 70歳未満) = 63万円

介護合算按分率の計算

医療分 100万円 / 130万円  
介護分 30万円 / 130万円

高額介護合算療養費の計算

医療保険者支給分 63万円 × 100/130 = 484,615.3円  
介護保険者支給分 63万円 × 30/130 = 145,384.6円

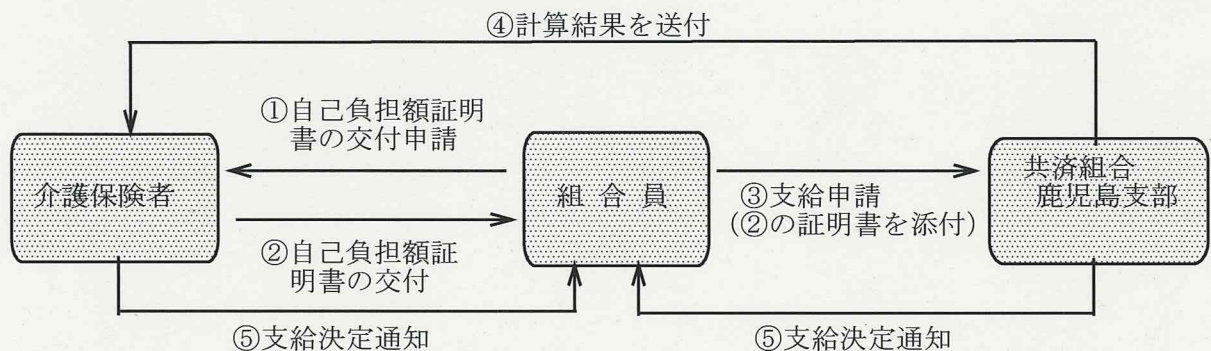
端数調整後

医療分 484,615円(端数切捨て) . . . 共済組合支給分  
介護分 145,385円(端数切上げ) . . . Z市介護保険支給分

- 注1 「自己負担世帯合算額」 - 「自己負担限度額」が500円以下の場合、支給しない。  
2 医療、介護それぞれに係る自己負担額のいずれかが0円である場合は、支給しない。

## 2 事務手続

- (1) 組合員は、介護保険者に自己負担額証明書の交付申請書を提出する。
- (2) (1)の申請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)の証明を受けた組合員は、共済組合に「自己負担額証明書」を添付して、支給申請(別紙様式)を行う。
- (4) (3)の申請を受けた共済組合は支給額を計算し、介護保険者に通知する。
- (5) 共済組合と介護保険者は支給額を組合員に通知し、支給する。



- 注1 基準日(計算期間の末日)に組合員である者が支給申請をする。  
2 計算期間の途中で死亡等により医療保険の加入者でなくなった者(他の医療保険の加入者となった者を除く。)は、資格を喪失した前日を基準日とみなして計算する。  
3 計算期間の途中で医療保険者が変更(他支部、他共済等からの異動者)になった者は、異動前の医療保険者に対して「自己負担額証明書」の交付申請を行い、「支給申請書」に「自己負担額証明書」を添付して支部へ提出すること。(介護保険者への手続と同じ)

## 3 留意事項

- (1) 医療に係る自己負担額は、高額療養費又は附加給付及び一部負担金払戻金等の支給を受ける場合は、当該支給額を控除した額とする。
- (2) 請求権の消滅時効の期間は、基準日の翌日から起算して2年である。

問い合わせ先  
年金給付係  
担当 上堀内、帖佐  
TEL 099-286-5220

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(別紙)

|                                                                                |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      |                             |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------|--|---------|--|------------------------------------------|------|-----------------------------|------|----------------------------------------|--|----|-----------------|-------|--|--|--|
| (組合記入欄)                                                                        |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      | 支給申請書整理番号                   |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
| 申請対象年度                                                                         |  | 平成      年度                               |  | 対象となる計算期間          |  |         |  | 年      月      日から      年      月      日まで |      |                             |      |                                        |  | 枚中 |                 | 枚目    |  |  |  |
| フリガナ                                                                           |  |                                          |  |                    |  |         |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※1         | 保険者名 |                             | 加入期間 |                                        |  |    | 添付の自己負担額証明書整理番号 |       |  |  |  |
| 申請者氏名                                                                          |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          | 1    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 生年月日                                                                           |  | 年      月      日 生                        |  | 性別                 |  |         |  |                                          | 2    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 組合員証の記号・番号                                                                     |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          | 3    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 加入期間                                                                           |  | 年      月      日から      年      月      日まで |  |                    |  |         |  | 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称<br>※2            |      |                             |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
| 支給方法                                                                           |  | 振込口座<br>記入欄                              |  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |  | 金融機関コード |  | 店舗コード                                    |      | 種目                          |      | 口座番号                                   |  |    |                 | フリガナ  |  |  |  |
| 口座振込                                                                           |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      |                             |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
|                                                                                |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      | 1.普通預金<br>2.当座預金<br>9.その他   |      |                                        |  |    |                 | 口座名義人 |  |  |  |
| フリガナ                                                                           |  |                                          |  |                    |  |         |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※3         | 保険者名 |                             | 加入期間 |                                        |  |    | 添付の自己負担額証明書整理番号 |       |  |  |  |
| 被扶養者氏名                                                                         |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          | 1    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 生年月日                                                                           |  | 年      月      日 生                        |  | 性別                 |  |         |  |                                          | 2    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 加入期間                                                                           |  | 年      月      日から      年      月      日まで |  |                    |  |         |  |                                          | 3    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| フリガナ                                                                           |  |                                          |  |                    |  |         |  | 保<br>険<br>者<br>加<br>入<br>歴<br>※3         | 保険者名 |                             | 加入期間 |                                        |  |    | 添付の自己負担額証明書整理番号 |       |  |  |  |
| 被扶養者氏名                                                                         |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          | 1    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 生年月日                                                                           |  | 年      月      日 生                        |  | 性別                 |  |         |  |                                          | 2    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 加入期間                                                                           |  | 年      月      日から      年      月      日まで |  |                    |  |         |  |                                          | 3    |                             |      | 年      月      日から<br>年      月      日まで |  |    |                 |       |  |  |  |
| 備考                                                                             |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      |                             |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
| 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿                                                               |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      | 申請年月日      年      月      日  |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
| ① 高額介護合算療養費の支給を申請します。<br>② 自己負担額証明書の交付を申請します。                                  |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      | 郵便番号<br>住所<br>申請者氏名<br>電話番号 |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |
| ※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ください。<br>高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。 |  |                                          |  |                    |  |         |  |                                          |      | ⑩                           |      |                                        |  |    |                 |       |  |  |  |



## ご記入上の注意事項

### 1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
- ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
- ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。）

### 4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

### \* 自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する保険者への申請）

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。