

健康保険 高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請年月日 年 月 日

申請区分 いずれかに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ① 年間の高額療養費の申請 (7月31日時点で日赤健保加入者の申請)	<input type="checkbox"/> ② 自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請 (7月31日時点で日赤健保以外の保険者の加入者の申請)
-------------------------	--	--

申請対象年度	令和 年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日 から 年 月 日まで	枚中	枚目
--------	-------	-------------	------------------	----	----

フリガナ	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	保険者加入歴 ※1	1	年 月 日 から	年 月 日 まで	
申請者住所 〒 - 電話 ( )		2	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日 昭・平・令 年 月 日 性別 男・女		3	年 月 日 から	年 月 日 まで	
被保険者証の 記号・番号	Tel		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	支払区分	金融機関	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード	預金種別 1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	フリガナ

フリガナ	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	保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日 昭・平・令 年 月 日 性別 男・女		2	年 月 日 から	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	年 月 日 まで	

フリガナ	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	保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日 昭・平・令 年 月 日 性別 男・女		2	年 月 日 から	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	年 月 日 まで	

備考	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 氏名 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ( )
	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です 被保険者のマイナンバー記載欄(12桁) <input type="text"/>

社会保険労務士記載欄

受付年月日

## 記入上の注意事項

### 1. 申請区分について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①、②のいずれも四角にチェック☑をしてください。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①の四角のみチェック☑をしてください。

### 2. 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) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、※2は記入不要です。※1について次の通り記入してください。
  - ・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。
  - ・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無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. 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) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者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、次の通り記入してください。
  - ・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。
  - ・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無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。

### 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自己負担額はありません。その場合には、「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額は、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。
- ・対象となる計算期間中に当組合の被保険者期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。(なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。)