

Health Insurance Application for Payment of Benefits (Outpatient Annual Aggregate)/Issuance of Copayment Certificate for High-cost Medical Expenses

常務理事 Managing	事務長 Office Manager	課長・リーダー Manager/Leader	担当者 In charge

(保険者記入欄) (To be filled out by insurer) 支給申請書整理番号
Reference number of payment application

申請対象年度 Fiscal year of application	年度 FY20	計算期間の始期及び終期 Start and end dates of period subject to calculations	年 月 日から / / 年 月 日まで From (YYYY/MM/DD): / / To (YYYY/MM/DD): / /	枚中 Total pages	枚目 This page
--------------------------------------	------------	--	--	-------------------	-----------------

フリガナ/Kana				保険者加入歴 Insurer membership records ↑	保険者名/Name of insurer	加入期間/Period of membership	添付の自己負担額証明書整理番号 Reference number of attached Copayment Certificate	
申請者氏名 Name of applicant					1		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
生年月日 Date of birth	YYYY/MM/DD: / /	年 月 日生	性別 Gender		2		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
被保険者記号・番号 Insured person code and no.					3		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
加入期間 Period of membership	From (YYYY/MM/DD): / / To (YYYY/MM/DD): / /		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 *2 Name of the insurer as of the last day of the period subject to calculations *2					

フリガナ/Kana				保険者加入歴 Insurer membership records *3	保険者名/Name of insurer	加入期間/Period of membership	添付の自己負担額証明書整理番号 Reference number of attached Copayment Certificate	
被扶養者氏名 Name of dependent					1		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
生年月日 Date of birth	YYYY/MM/DD: / /	年 月 日生	性別 Gender		2		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
加入期間 Period of membership	From (YYYY/MM/DD): / / To (YYYY/MM/DD): / /				3		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	

フリガナ/Kana				保険者加入歴 Insurer membership records *3	保険者名/Name of insurer	加入期間/Period of membership	添付の自己負担額証明書整理番号 Reference number of attached Copayment Certificate	
被扶養者氏名 Name of dependent					1		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
生年月日 Date of birth	YYYY/MM/DD: / /	年 月 日生	性別 Gender		2		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	
加入期間 Period of membership	From (YYYY/MM/DD): / / To (YYYY/MM/DD): / /				3		年 月 日から / / 年 月 日まで / /	

備考 Remarks							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

武田薬品健康保険組合理事長 殿
To: The Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

申請年月日/Date of application 年 月 日
(YYYY/MM/DD): / /

①外来年間合算の支給を申請します。 * 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②を○で囲んで下さい
②自己負担額証明書の交付を申請します。 * 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを○で囲んで下さい

郵便番号/Postal code: 住所/Address: 申請者氏名/Name of applicant:

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委託します。
(但し、任継続者は直接払い(振込)となります。)

① I hereby apply for payment of outpatient annual aggregate benefits. * If applying for issuance of a Copayment Certificate, circle ① and ②.
② I hereby apply for issuance of a Copayment Certificate. * If applying only for payment of outpatient annual aggregate benefits, circle ① only.

I entrust my employer to receive any amounts paid based on this application.
(For Voluntarily and Continuously Insured Persons, payments will be made directly by bank transfer.)

電話番号/Tel.:

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) 外來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) 外來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、次のとお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、申請書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」欄の下の「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、右下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限度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。

- ・健康保険の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）が負担したもとして取り扱われます。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。
- ・対象となる計算期間中に武田薬品健康保険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「添付省略」と記入してください。

Notes on filling out this application

1. Fields concerning the applicant

- (1) You do not need to complete *1 if you are applying for a Copayment Certificate. Instead, complete *2.
- (2) You do not need to complete *2 if you are applying only for outpatient annual aggregate benefits (if applying for payment by the insurer of which you were a member as of the last day of the period subject to calculations). Instead, complete *1 as described below.
 - ・ Enter records of enrollment with other insurers, if any, during the period subject to calculations.
 - ・ You do not need to attach the Copayment Certificate if you made no copayments during the period in question. Enter "None attached" under "Reference number of attached Copayment Certificate."

2. Fields concerning dependents

- (1) If you are applying for a Copayment Certificate, fill out this form for persons who were dependents during the period covered by the Certificate. You do not need to complete *3.
- (2) Fill out this form if you are applying only for outpatient annual aggregate benefits (if applying for payment by the insurer of which you were a member as of the last day of the period subject to calculations) a person who was a dependent as of the last day of the period subject to calculations.
In this case, you must complete *3 as described below.
 - ・ Enter records of enrollment with other insurers, if any, during the period subject to calculations.
 - ・ You do not need to attach the Copayment Certificate if you made no copayments during the period in question. Enter "None attached" under "Reference number of attached Copayment Certificate."

3. Remarks

In the "Remarks" field, enter records of examinations (dates [Y/M] of examination) during the membership period of the applicant and of relevant persons who were dependents (period entered under "Period of membership" beneath the "Name" field). (You do not need to enter records of examinations for periods enrolled with other insurers.)

4. Other

If you need more space than provided for entering the applicant's membership records or the fields for dependents, attach one or more additional sheets of this form to enter such information. If you do this, enter the total number of pages and the number of the current page in the space for page numbers at the upper right of each sheet.

* Attaching Copayment Certificates (when applying to the insurer as of the last day of the period subject to calculations)

You must attach the corresponding Copayment Certificate if either the applicant or the person who was a dependent as of the last day of the period subject to calculations made a copayment during the period entered under the corresponding membership record.

However, note the following points:

- ・ Copayments for medical care received by a dependent covered by health insurance are regarded to have been paid by the insured person (member) under whom he or she is a dependent. For as long as the person is a dependent, he or she will have no copayment amounts. Enter "None attached" under "Reference number of attached Copayment Certificate."
- ・ You do not need to attach Copayment Certificates for a period during the period subject to calculations for which you were an insured person under the Takeda Health Insurance Society. Enter "Attachment omitted" under "Reference number of attached Copayment Certificate."