

記入例

Example of completed form

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。
Check before submitting the application.



対象となる計算期間は8月1日から、翌年7月31日以前の精算対象者の資格喪失日の前日までとしてください。
As the period subject to calculations, enter a period from August 1 to the day before the date on which the person in question lost his or her eligibility (no later than July 31).

この「欄」は保険者が記入しますので、記入しないでください。
Leave this space blank. It is for use by the insurer.

申請書が複数枚になる場合は何枚中何枚と記載してください。
If you are using multiple application sheets, enter the total number of pages and the number of the current page here.

申請対象年度は「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になります。
添付する「自己負担額証明書」の証明対象年度と同じであることを確認してください。
The fiscal year of the application is the year that includes the starting date shown under "Start and end dates of period subject to calculations."
Check to make sure this is the same as the fiscal year subject to certification on the attached Copayment Certificate.

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄が足りない場合(対象被扶養者が3人以上の場合・保険者加入履歴が4か所以上の場合)は、2枚目以降に記入してください。
If there is not enough space in the field for entry of the applicant's membership records or the fields for dependents to make all necessary entries (e.g., when there are three or more subject dependents or records of membership with four or more insurers), attach one or more additional sheets of this form to enter such information.

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(夫々の者について「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は記入不要です。
Under "Remarks," enter records of any examinations (examination dates [Y/M]) administered to the applicant or dependents during the membership period (the period entered under "Period of membership" beneath the "Name" field). (There is no need to enter records of examinations for periods enrolled with other insurers.)

(様式①)(Form ①) 健康保険 高額療養費(外来) 申請書
Health Insurance Application for Payment of Benefits (Outpatient) Issuance of Copayment Certificate for High-cost Medical Expenses (保険者記入欄) (To be filled out by insurer)

申請年度 FY20 計算期間の始期及び終期 2017年8月1日から 2018年7月31日まで
From (YYYY/MM/DD): 2017/08/01 To (YYYY/MM/DD): 2018/07/31

フリガナ/Kana	ケンポ タロウ/Kenpo Taro			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	健保 太郎 Kenpo Taro			1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日 Date of birth	〇年 〇月 〇日生 YYYY/MM/DD: / /	性別 Gender	男 Male	2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者記号・番号 Insured person code and no.	123-4567			3	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間 Period of membership	1990年 4月 1日から 年 月 日まで From (YYYY/MM/DD): 1990/04/01 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	ケンポ マツコ/Kenpo Matsuko			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	健保 松子 Kenpo Matsuko			1	〇〇健保組合 ___ Health Insurance Society	2017年7月1日から 2018年3月1日まで 2017/07/01 - 2018/03/01
生年月日 Date of birth	〇年 〇月 〇日生 YYYY/MM/DD: / /	性別 Gender	女 Female	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間 Period of membership	2018年4月1日から 年 月 日まで From (YYYY/MM/DD): 2018/04/01 To (YYYY/MM/DD): / /			3	年 月 日から 年 月 日まで	123-456789

フリガナ/Kana	ケンポ ウメタロウ/Kenpo Umetaro			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	健保 梅太郎 Kenpo Umetaro			1	〇〇健保組合 ___ Health Insurance Society	2017年7月1日から 2018年3月1日まで 2017/07/01 - 2018/03/01
生年月日 Date of birth	〇年 〇月 〇日生 YYYY/MM/DD: / /	性別 Gender	男 Male	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間 Period of membership	2018年4月1日から 年 月 日まで From (YYYY/MM/DD): 2018/04/01 To (YYYY/MM/DD): / /			3	年 月 日から 年 月 日まで	923-556789

備考欄
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 (YYYY/MM/DD): / /	年 月 日
① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。	* 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 * 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: 567-0000
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、任継継続者は直接払い(振込)となります。)		住所/Address: 〇〇市〇〇区 × × 町 1 - 1 1-1 ___-cho, ___-ku, ___-shi
① I hereby apply for payment of outpatient annual aggregate benefits. ② I hereby apply for issuance of a Copayment Certificate.	* If applying for issuance of a Copayment Certificate, circle ① and ②. * If applying only for payment of outpatient annual aggregate benefits, circle ① only.	申請者氏名/Name of applicant: 健保 太郎 Kenpo Taro
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.: 999(9999)-9999

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ていた履歴があれば記入してください。
加入期間内に、療養等にかかる自己負担がある場合、「自己負担額証明書」添付が必要となります。証明書の「証明書整理番号」を、この用紙の「添付の自己負担額整理番号」欄に記入してください。ただし、武田健保加入期間中の証明書添付は不要です。「添付省略」とお書き下さい。
加入期間内に自己負担額がない場合には証明書は添付不要ですが、その場合「添付なし」と記入してください。
Fill out these fields if the person was enrolled with other insurers during the period subject to calculations. You must attach a Copayment Certificate if a copayment was made for medical care during the period of membership to other insurers. Enter the reference number of the certificate under "Reference number of attached Copayment Certificate" on this form. You do not need to attach certificates for the period during which you were a member of the Takeda Health Insurance Society; enter "Attachment omitted." You do not need to attach a certificate if you made no copayments during the period; enter "None attached."