

(様式①)

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

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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

フリガナ				*1 保険者加入歴	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 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別			2	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者記号・番号					3	年 月 日から 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 *2			

フリガナ				*3 保険者加入歴	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 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別			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				*3 保険者加入歴	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 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別			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							
----	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日 令和 年 月 日 武田薬品健康保険組合 理事長 殿 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。 住所 〒 申請者氏名 電話番号	* 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	振込先の確認 本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。 (確認後□にチェック[✓]を付けてください。) <input type="checkbox"/> 在職者:事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み <input type="checkbox"/> 任意継続者:資格取得申請書に記載された振込口座 ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する 場合 ⇒ □(チェック[✓]してください)
---	--	--

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. 振込先の確認欄について

公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

5. 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)が負担したももの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ぬ。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。