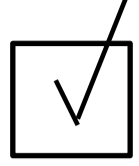


# 記入例

申請書をご提出頂く前に、ご確認ください。



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。

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。

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。

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。

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。

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。)

**(様式 ①)**

申請書交付申請書 (保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度 平成/令和 ○○ 年度 計算期間の始期及び終期 平成/令和 31年8月1日から 平成/令和 2年7月31日まで 2 枚中 1 枚目

| フリガナ        | ケンボ タロウ          |    | 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       | 健保 太郎            |    | 1                          | 年 月 日から 年 月 日まで         |                     |
| 生年月日        | 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生 | 性別 | 2                          | 年 月 日から 年 月 日まで         |                     |
| 被保険者証の記号・番号 | 1 2 3 - 4 5 6 7  |    | 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        | ケンボ マツコ          |    | 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      | 健保 松子            |    | 1                          | 令和 1年7月1日から 令和 2年3月1日まで | 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 |
| 生年月日        | 昭和○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        | ケンボ ウメタロウ        |    | 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      | 健保 梅太郎           |    | 1                          | 令和 1年7月1日から 令和 2年3月1日まで | 9 2 3 - 5 5 6 7 8 9 |
| 生年月日        | 昭和○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          |                  |    |                            |                         |                     |

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。

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。 \* 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

〒 567-0000 ○○市○○区××町1-1

健保 太郎

999 (9999) - 9999

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。(確認後口にチェック[✓]を付けてください。)

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

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)

振込み先を必ず確認して口にチェック[✓]をご記入ください。

公金受取口座を利用する場合は次ページの「4. 振込先の確認欄について」を必ずご確認ください。

## 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

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。
- ・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。