

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

Table with 4 columns: 常務理事 Managing, 事務長 Office Manager, 課長・リーダー Manager/Leader, 担当者 In charge

※ご記入上の注意事項は、裏面をご参照ください。 / Please see the reverse side for notes on filling out this application.

(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

Table with 4 main sections: 申請対象年度 Fiscal year of application (FY20), 計算期間の始期及び終期 Start and end dates of period subject to calculations, 令和年 月 日から 令和年 月 日まで From (YYYY/MM/DD): / / To (YYYY/MM/DD): / /, 枚中 Total pages, 枚目 This page

Table for Insurer 1: フリガナ/Kana, 申請者氏名 Name of applicant, 生年月日 Date of birth, 性別 Gender, 被保険者記号・番号 Insured person code and no., 加入期間 Period of membership, 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

Table for Insurer 2: フリガナ/Kana, 被扶養者氏名 Name of dependent, 生年月日 Date of birth, 性別 Gender, 加入期間 Period of membership, 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

Table for Insurer 3: フリガナ/Kana, 被扶養者氏名 Name of dependent, 生年月日 Date of birth, 性別 Gender, 加入期間 Period of membership, 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

備考 Remarks

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

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

- 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
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.

住所/Address: 〒

申請者氏名/Name of applicant:

電話番号/Tel.:

振込先の確認 Payment Destination

本請求に基づき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 Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary.

任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment.

※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)

*If using a public funds receipt account pre-registered on Myna-portal, etc., instead of the above account => □ (Please check [✓])

Table with 2 columns: 社会保険労務士 記載欄

<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(外来年間合算の支給を申請する場合にご記入ください)

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. 提出先について

武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。任意継続の方は当健保組合へ提出してください。

6. 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。

< 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. Confirmation of Bank Account for Payment (complete if applying for outpatient annual aggregate benefits)

If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.

5. Submission destination

If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration. If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society.

6. 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."