

(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

申請対象年度	令和 3 年度	計算期間の始期及び終期	令和 2 年 8 月 1 日から 令和 3 年 7 月 31 日まで		枚目	枚目		
保険証記号・番号 又は個人番号	999-999	①被保険者の勤務 する事業所の名称	〇〇〇株式会社		保険者 加入 履歴 ※1	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書整理番号
フリガナ	サイキ タロウ			1				
被保険者氏名	埼玉 太郎			2				
生年月日	昭和 48 年 5 月 10 日 生	性別	男	3				
加入期間	平成 8 年 4 月 1 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	サイキ リョウコ	保険者 加入 履歴 ※3	加入期間	令和 2 年 8 月 1 日から 令和 3 年 1 月 31 日まで	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	埼玉 良子		1	△△△健康保険組合		
生年月日	昭和 25 年 12 月 15 日 生		性別	女	2	
加入期間	令和 3 年 2 月 1 日から		年 月 日まで	3		

フリガナ		保険者 加入 履歴 ※3	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名			1			
生年月日	年 月 日 生		性別		2	
加入期間	年 月 日から		年 月 日まで	3		

備考	
----	--

埼玉機械工業健康保険組合理事長 殿	申請年月日	令和 4 年 4 月 1 日
1. 外来年間合算高額療養費の支給を申請します。	郵便番号	330-0000
2. 自己負担額証明書の交付を申請します。	住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇-××-△
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、1・2のいずれも○で囲んでください。 外来年間合算高額療養費の支給申請のみを行う場合、1のみを○で囲んでください。	被保険者氏名	埼玉 太郎
	電話番号	048-000-0000

委任状	この給付の受領を上記①の事業所に委任します。 令和 4 年 4 月 1 日 被保険者氏名 埼玉 太郎
	※ 現在①の事業所に勤務の方は、委任状に被保険者氏名を記載してください。 ※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、『給付金等振込送金依頼書』を提出してください。

ご記入上の注意事項

1. 申請書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) 外来年間合算高額療養費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。

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) 外来年間合算高額療養費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、被保険者およ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は記入不要です。）

4. その他

被保険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入してください。

* 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）

申請者およ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・船員保険・共済においては、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。
- ・ 国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員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当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」欄には「添付省略」と記入してください。（なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。）

↑ 基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間に係る自己負担額証明書について
添付の省略を認める取り扱いとする場合のみ記入