

支給決定額	健康保険組合			事業主(本社総務)		
	常務理事	事務長	主任	担当		
円						

資格取得(認定)日	令和 年 月 日
資格喪失(消滅)日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日

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

申請区分 いずれかに☑をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請(基準日保険者への申請)
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請(基準日保険者以外への申請)

*裏面に<記入上の注意事項>を記載してありますので、申請前に一読の上、ご申請ください。

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者
	申請対象年度	令和 5 年度	対象となる計算期間	令和 5 年 8 月 1 日から 6 年 7 月 31 日まで
	③ 被保険者等記号・番号	記号 208 番号 123456	被氏保 保 者 名 (氏)	フリガナ プツリュウ 物流 太郎 (名)
	事業所名称	所 属・電 話 番 号	生 年 月 日	
	ロジスティード(株)	本社 人事サービスセンター (電話番号) 03-6263-2813	昭和・平成・令和 ●●年 9 月 6 日	
	被保険者の 当組合加入期間	④ 令和 6 年 1 月 1 日から 6 年 7 月 31 日まで		
	請求が被扶養者 に関するときは その者の氏名	物流 花子	被扶養者 生 年 月 日 年 齢	昭和・平成・令和 ●●年 7 月 2 日 ⑤ 年齢(△△)歳
	被 保 険 者 の 続 柄	妻	被扶養者の 当組合加入 期	令和 6 年 1 月 1 日から 6 年 7 月 31 日まで ⑥
	⑦ 保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
	① 全国健康保険協会 ●●支部	令和 5 年 8 月 1 日から 5 年 12 月 31 日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
②	年 月 日から 年 月 日まで			
③	年 月 日から 年 月 日まで			
※1 計算期間の末日において 加入する医療保険者の名称 ※2				
在籍者の 委任	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。⑧ 令和 6 年 12 月 5 日 氏名を自署されても捺印は必要です。			
提出時点で、 在籍の場合→署名捺印	被保険者の 氏 名 物流 太郎 (印)			
退職の場合→口座情報を記入	退 職 後 金 融 機 関 名称及び 支店コード	銀行	支店	
	金融機関コード No. 123		支店コード No. 456	
口座番号	No. 78910	口座 名 義	フリガナ プツリュウ 物流 太郎 太郎	
備考				

《 記入要領及び記入上の注意事項 》

本書類は、申請区分が「年間の高額療養費の申請(基準日保険者への申請)」の記入例です。

- 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に○を付けてください。
- 申請対象の年度および期間を記入してください。
- 記号・番号は「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータル」「旧保険証」等を確認の上、記入してください。
- 被保険者の当組合の加入期間を記入してください。
- 請求が被扶養者に関する場合は、被扶養者の⑥での期間の年齢を記入してください。
- 被扶養者の当組合の加入期間を記入してください。④の被保険者と同一であっても省略せず記入してください。
- 計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があればその保険者名称を記入してください。

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。

- 在籍者の場合は、給与払いとなるため署名捺印をお願いします。

退職者の場合は直接口座へ振り込むため口座情報を記入してください。

* 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に捺印を押してください。