

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 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 checked="" 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。①。

被 保 者 の 記 入 サ ス る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	本人家族区分	<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3日まで
	被保険者等記号・番号	記号 208 番号 123456	被氏名	ブツリュウ タロウ
	事業所名称	ロジスティード(株)	所属・電話番号	本社 人事サービスセンター (電話番号) 03-6263-2813
	被保険者の当組合加入期間	令和 5 年 8 月 1 日から 5 年 1 2 月 3 1 日まで	生年月日	昭和 平成 令和 ●●年 9 月 6 日
	請求が被扶養者に関するときはその者の氏名	物流 花子	被扶養者日齢	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間	令和 5 年 8 月 1 日から 5 年 1 2 月 3 1 日まで
	加入期間	① 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	
	② 年 月 日から 年 月 日まで			
	③ 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	⑦ 全国健康保険協会 ●●支部			
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 1 2 月 1 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 退職の場合→口座情報を記入	被保険者の氏名	物流 太郎 (印)		
退職後の場合	金融機関	支店	口座種別	
金融機関	123	支店コード	456	
金融機関	78910	口座名義	ブツリュウ タロウ 物流 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「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)」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。
- 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称を記入してください。
- 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、必ず訂正個所に認印を押してください。