

# 高額療養費（外来年間合算）支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎組合に対し、自己負担額証明書交付申請を行う場合は「2」を○で囲んでください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合		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		提出 区分	① 申請者から直接 2 事業所を経由
○ 組合員（申請者）に関する項目					
組合員	被保険者証 記号・番号	71-1505	777	氏名	北田 真二
	住所	〒 176 - 0001 東京都練馬区北町 1 - 3 1 - 4			
	電話番号	( 03 ) 5678 - 2345 ① 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )			
申請年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	事業所名		八重洲建設株式会社	
申請者区分	① 組合員 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入する目的の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、その世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。				
申請者 <small>組合員が申請者の場合は、記入不要です。</small>	氏名			組合員との続柄	
	個人番号				
	住所	〒 -			
	電話番号	( ) - 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )			
○ 申請内容に関する項目 対象被保険者が3人以上の場合、申請書を複数枚作成のうえ「申請書枚数」欄に枚数を記入してください。					
申請内容	① 高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行います。 2 高額療養費（外来年間合算）の支給申請と自己負担額証明書の交付申請を行います。		申請書枚数	1 枚 / 1 枚中	申請対象 年度
			計算期間の 始期 及び終期	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで
組合員 申請者	氏名 (生年月日)	北田 真二 ( 昭 〇 〇 年 〇 月 〇 日 生 )		本組合の 有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで
	保険者 加入階等	1	有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	自己負担額証明書 整理番号
	2	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	備考		
外来 年間合算 対象 被保険者	氏名 (生年月日)	北田 正志 ( 昭 〇 〇 年 〇 月 〇 日 生 )		本組合の 有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで
	保険者 加入階等	1	有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	自己負担額証明書 整理番号
	2	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	備考		
外来 年間合算 対象 被保険者	氏名 (生年月日)	北田 美子 ( 昭 〇 〇 年 〇 月 〇 日 生 )		本組合の 有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで
	保険者 加入階等	1	有資格(加入)期間	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	自己負担額証明書 整理番号
	2	令和 〇〇 年 〇 月 1 日 から 令和 〇〇 年 〇 月 1 日まで	備考		
○ 受領方法、振込先等					
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 ① 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します) 2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。 なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。				
	令和 ① 年 月 日	組合員 氏名	住所		
代理人	氏名	住所		〒 -	
	申請者との関係	電話番号 ( ) -			
		1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )			
振込先	金融機関名称	支店名称		コード	
	DKH銀行	練馬中央支店		0 8 9	
預金種目	口座番号		口座名義(フリガナ)		
① 普通(総合を含む) ・ 2 当座	1 2 3 4 5 6 7	キョウダ シンジ 北田 真二			

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。  
(「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。)

◎対象となる計算期間内に加入履歴があれば記入してください。

ただし、「申請内容」欄の「2」に該当する(自己負担額証明書の交付申請を行う)場合には加入階等の記入は不要です。

◎「2」の場合は組合員(または遺族である申請者)が記入年月日、住所、氏名を記入してください。

◎振込先を記入してください。(事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。)  
記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。(その場合、この欄は記入不要です。)

◎事業主への受領委任を希望される場合、  
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入してください。  
②代理人の「氏名」欄に事業主氏名を記入してください。  
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 計算期間の途中で、加入していた医療保険者に変更がある場合について

・「計算期間の末日に加入している保険者」が本組合の場合

計算期間の末日に本組合の資格を有している方で、計算期間中に他の医療保険者への加入履歴があるときは、当該加入履歴期間に係る自己負担額証明書(当該医療保険者に申請を行い交付されたもの。)を添付のうえ支給申請を行ってください。

なお、本組合を経由して他の医療保険者(当該医療保険者に係る自己負担額がある場合に限る。)に外来年間合算高額療養費の支給申請を行うことを選択した場合、本組合において当該医療保険者に係る自己負担額を確認しますので、当該医療保険者が発行した自己負担額証明書の添付は必要ありません。

・「計算期間の末日に加入している保険者」が本組合以外の場合

本組合に資格を有していた方が、計算期間の末日に他の医療保険者に加入している場合は、最初に本組合に高額療養費(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を提出いただき、本組合から自己負担額証明書の交付を受け、これを添付のうえ、計算期間の末日に加入している医療保険者に対して支給申請を行ってください。

なお、他の医療保険者を経由して申請書を提出する場合、当該医療保険者において本組合の被保険者であった期間に係る自己負担額を確認しますので、本組合への申請手続きは不要となります。