

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		氏名	署名される場合又はご遺族が申請される場合は封印不要です。																		
	住所	〒 -										個人番号										
	電話番号	() -										1 自宅・2 携帯・3 その他 ()										
申請年月日	平成 年 月 日			事業所名																		
申請者区分	1 組合員 次「申請者」欄は記入不要です。 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」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明(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、本組合の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	署名される場合又はご遺族が申請される場合は封印不要です。										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。	申請書枚数	枚 / 枚中	申請対象年度	平成 年度
	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。	計算期間の始期及び終期	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		

組合員(申請者)	氏名(生年月日)	本組合の有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	申請内容	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
		(昭・平 年 月 日生)	計算期間の末日において加入する医療被保険者の名称		自己負担額証明書整理番号
保険者加入暦等	1	保険者名	有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
外来年間合算対象被保険者	氏名(生年月日)	本組合の有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	自己負担額証明書整理番号	備考
	個人番号	保険者名	有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
保険者加入暦等	1	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
外来年間合算対象被保険者	氏名(生年月日)	本組合の有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	自己負担額証明書整理番号	備考
	個人番号	保険者名	有資格(加入)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
保険者加入暦等	1	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			

○ 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。
該当する番号を○で囲んでください。 なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。	平成 年 月 日 組合員 氏名 (申請者) 住所 (印)

代理人	氏名	住所	〒 -
	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。(押印不要)	電話番号	() -
申請者との関係	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
	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	()	()

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「申請内容」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込用の口座番号等記載面)を写を添付してください。(その場合、「振込先」欄は記入不要です。)

・「組合員(申請者)及び外来年間合算対象被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。また、組合員(申請者)の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写を添付してください。

・計算期間中に他の医療保険に加入していた期間がある方で、当該医療保険者に係る自己負担額がある場合は、当該医療保険者に係る自己負担額を添付のうえ計算期間の末日に加入していた保険者に支給申請を行う必要がありますので、申請内容を「2」としてご提出の方については、自己負担額証明書を添付する必要がありますありません。本組合で交付する自己負担額証明書を添付のうえ計算期間の末日に加入していた保険者に支給申請を行う必要があり、申請内容を「2」としてご提出ください。