

# 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。

◎組合員に対し、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。

## ◎ 自己負担額証明書の添付について

計算期間の末日に本組合の資格を有する場合であって、計算期間中に他の医療保険者への加入履歴がある場合には、組合員及び計算期間の末日においてその世帯に属する被保険者であった方について、それぞれ加入履歴に記入された期間に係る自己負担額証明書（当該医療保険者において交付されたもの。）の添付が必要となります。

- ただし、次のことにご留意ください。
- ア 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、「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。
  - イ 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(組合員)が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主(組合員)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なりません。この場合には、「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。
  - ウ 対象となる計算期間中に本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、「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が別途必要となる場合がありますので、給付事務センターにご確認ください。)

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

被保険者証記号・番号	71-1505	777	氏名	北田 真二	
個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△				
住所	〒176-0001 東京都練馬区北町1-3-4				
電話番号	(03) 5678-2345 ① 自宅・2 携帯・3 その他( )				
申請年月日	平成 〇〇 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	平〇土木株式会社		
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) ③ 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	1 枚 / 1 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1日から平成〇〇年〇月31日まで		

○ 組合員申請者

氏名(生年月日)	北田 真二 (昭平 49年5月15日生)	本組合の有資格(加入)期間	平成△△年8月1日から平成〇〇年7月31日まで
加入階等	1 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
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)	北田 正志 (昭平 21年1月18日生)	本組合の有資格(加入)期間	平成△△年8月1日から平成〇〇年7月31日まで
加入階等	1 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
2 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			

○ 受領方法、振込先等

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。(代理人の氏名、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。)

平成 〇〇 年 月 日 ① 組合員 ② 代理人 氏名 (申請者) 住所

氏名	北田 真二	住所	〒 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
代理人	北田 真二	電話番号	( ) - ( ) - ( )
申請者との関係	本人		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	089
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	1234567	北田真二

◎組合員(または遺族である申請者)が署名または、記名、押印してください。

◎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、氏名を記入のうえ押印してください。

◎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、氏名等を記入のうえ、押印してください。
  - ② 代理人の「氏名」欄に事業主名称と、事業主氏名を記入してください。(押印不要) 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。