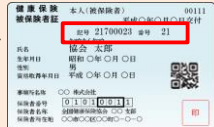


年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

記入例 申請区分①の場合

1	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支給 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付	申請対象年度 対象となる計算期間	2 平成・令和 30 年度 30年8月1日～元年7月31日	枚目
	申請者に関する記入欄	フリガナ キョウカイ タロウ 申請者氏名 協会 太郎 3 申請者住所 〒105-0000 〇〇県△△市1-1 〇〇マンション101 生年月日 昭和・平成・令和 〇〇年 3月 9日 性別 被保険者証の記号・番号 12345678 - 1 電話 090 (1234) 5678 4	保険者名 加入期間 添付の自己負担額証明書整理番号	5 1 全国健康保険協会 〇〇支部 30年8月8日から 30年10月31日まで 2 〇〇健康保険組合 30年11月1日から 31年1月31日まで 3 全国健康保険協会 〇〇支部 31年2月1日から 元年7月31日まで 6	ZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ XXXXXXXXXXXXXXXXXX
被扶養者に関する記入欄	フリガナ キョウカイ ハナコ 被扶養者氏名 協会 花子 3 生年月日 昭和・平成・令和 〇〇年 1月 18日 性別	フリガナ キョウカイ シロウ 被扶養者氏名 協会 次郎 生年月日 昭和・平成・令和 〇〇年 7月 3日 性別	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 〇〇支部 30年8月1日から 30年10月31日まで 2 〇〇健康保険組合 30年11月1日から 31年1月31日まで 3 全国健康保険協会 〇〇支部 31年2月1日から 元年7月31日まで	ZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ XXXXXXXXXXXXXXXXXX 添付なし
70歳以上の被扶養者の方 をご記入ください		受取代理人の欄 住所 8 (フリガナ) 代理人の氏名 氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ( )	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日		
7 被保険者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 別途、「マイナンバーの記載及び貼付台紙兼マイナンバー情報連携申出書」を添付してください。		9 口座番号 フリガナ キョウカイ タロウ 口座名義人 協会 太郎	金融機関 〇〇 銀行・金庫 信組・農協 〇〇 本店・支店 出張所 本所・支所 預金種別 1:普通 3:別段 2:当座 4:通知		
社会保険労務士の提出代行者印		申請年月日 令和 年 月 日		受付年月日	

- 7月31日時点で加入していた協会けんぽ支部への年間の高額療養費の申請の場合、①にチェック☑をつけてください。
- 申請対象年度・対象となる計算期間  
(例)  
平成30年度⇒平成30年8月1日～令和元年7月31日  
令和元年度⇒令和元年8月1日～令和2年7月31日
- 「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。  
「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に70歳以上であった被扶養者のお名前を記入してください。
- 被保険者証の記号番号を記入してください。  
お手持ちの健康保険証に記載されています。  

- 計算期間中に、加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部を含む)の、保険者名・加入期間を記入してください。
- 計算期間中に加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部含む)から発行された、自己負担額証明書の整理番号を記入してください。ただし、マイナンバーによる情報連携を希望される場合、または、その対象期間における自己負担額がない場合は記入不要です。
- マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書及び(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です。(申請書裏面参照)
- 申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)を漏れなく記入してください。

⑨の箇所については該当する場合に記入してください。

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

記入例 申請区分②の場合

1	申請区分 いずれかに☑をつけてください。	①年間の高額療養費の支給 <input checked="" type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付	申請対象年度 対象となる計算期間	2 平成 令和 元 年度 元年 8 月 1 日 ~ 2 年 7 月 31 日	枚目
	申請者に関する記入欄	フリガナ キョウカイ タロウ 申請者氏名 協会 太郎 ③ 申請者住所 〒105-0000 〇〇県△△市1-1 〇〇マンション101 生年月日 昭和 平成・令和 〇〇 年 3 月 9 日 性別 被保険者証の記号・番号 12345678 - 1 電話 090 (1234) 5678	保険者名 1 2 3 加入期間 ※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	加入期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで 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 ⑤ 〇〇健康保険組合
被扶養者に関する記入欄	フリガナ キョウカイ ハナコ	被扶養者氏名 協会 花子 ③ 生年月日 昭和 平成・令和 〇〇 年 1 月 18 日 性別	保険者名 1 2 3 加入期間 ※3	加入期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで 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
	フリガナ キョウカイ シロウ	被扶養者氏名 協会 次郎 生年月日 昭和 平成・令和 〇〇 年 7 月 3 日 性別	保険者名 1 2 3 加入期間 ※3	加入期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで 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
	70歳以上の被扶養者の方 をご記入ください		受取代理人の欄 住所 (フリガナ) 代理人の氏名 氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ( )	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日	
6	被保険者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 別途、「マイナンバーの記載及び貼付台紙兼マイナンバー情報連携申出書」を添付してください。		⑧ 口座番号 9 9 × × × 9 9 フリガナ キョウカイ タロウ 口座名義人 協会 太郎		
振込先口座 金融機関 〇〇 銀行・金庫 信相・農協 〇〇 本店・支店 出張所 〇〇 本店・支店 本所・支所 その他( )		預金種別 ① 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知	申請年月日 令和 年 月 日 受付年月日		
社会保険労務士の提出代行者印					

- 7月31日時点では協会けんぽに加入しておらず、計算期間中に協会けんぽの加入期間がある場合②にチェック☑をつけてください。
- 申請対象年度・対象となる計算期間  
(例) 平成30年度⇒平成30年8月1日～令和元年7月31日  
令和元年度⇒令和元年8月1日～令和2年7月31日
- 「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。
- 「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に70歳以上であった被扶養者のお名前を記入してください。
- 協会けんぽに加入していた当時、使用していた健康保険証の記号番号を記入してください。  
わからない場合は、別紙「加入履歴申出書」を記入し、申請書に添付してください。
- 7月31日時点で加入していた医療保険者の名称を記入してください。
- 被保険者が住民税が非課税の方であって、マイナンバーによる情報連携により、(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です。(申請書裏面参照)
- 申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)をもなく記入してください。

⑧の箇所については該当する場合に記入してください。

(02.10)