

《記入例》 申請区分①の場合

外来年間合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

<input checked="" 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 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）		申請対象年度 ② 平成 令和 29 年度 対象となる計算期間 平成29年 8月 1日から 平成30年 7月 31日まで	1 枚中 1 枚目		
申請者に係る記入欄	フリガナ ③ センイン タロウ	保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	申請者氏名 ③ 船員 太郎 (印)	1	⑤ 〇〇健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成29年 10月 31日まで	⑥ ZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ
	申請者住所 〒100-0000 東京都千代田区 〇〇町 〇-〇	2	〇〇市国民健康保険	平成29年 11月 1日から 平成30年 1月 31日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	生年月日 ④ 昭和・平成 20年 10月 1日生 性別 男・女	※1	全国健康保険協会 船員保険部	平成30年 2月 1日から 平成30年 7月 31日まで	
	被保険者証の記号・番号 ④ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 - 〇〇 電話 03 (0000) 0000	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			
被扶養者に係る記入欄	フリガナ ③ センイン ハナコ	保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	被扶養者氏名 ③ 船員 花子	1	⑤ 〇〇健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成29年 10月 31日まで	⑥ 添付なし
	生年月日 昭和・平成 21年 10月 1日生 性別 男・女	2	〇〇市国民健康保険	平成29年 11月 1日から 平成30年 1月 31日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	フリガナ	※3	全国健康保険協会 船員保険部	平成30年 2月 1日から 平成30年 7月 31日まで	
	被扶養者氏名	70歳以上の被扶養者の方についてご記入ください。			
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 性別 男・女	※3				
振込希望口座 ⑦ ΔΔ	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 2: 当座 3: その他 ()	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ センイン タロウ 口座名義人 船員 太郎
備考	⑧ 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 申請者 住所 代理人の住所 氏名 (印) 代理人の氏名 (印) 委任者と代理人との関係 () 電話 ()		⑨		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は記入してください。) ※12桁 【マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。】				
社会保険労務士の提出代行者印 (印)	申請年月日 令和 年 月 日		受付日付印		

① 7月31日時点で加入していた船員保険部への年間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。

② 申請対象年度・対象となる計算期間(例)
平成29年度→平成29年8月1日～平成30年7月31日
平成30年度→平成30年8月1日～令和1年7月31日

③ 「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。

④ 船員保険被保険者証をご確認いただき、記載されている記号番号を記入してください。

⑤ 計算期間中に加入していた医療保険の、保険者名・加入期間をすべて記入してください。

⑥ 計算期間中に加入していた医療保険から発行された、自己負担額証明書の整理番号を記入してください。

自己負担がない場合は「添付なし」と記入してください。

なお、この申請書を提出する船員保険については記入不要です。

⑦ 金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人を、漏れなく記入してください。

⑧⑨については該当する場合に記入してください。

⑧ 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・押印が必要です。

⑨ 被保険者本人が非課税の場合は、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。

マイナンバーによる情報確認を希望しない場合は、被保険者の非課税証明書を添付してください。