

《記入例》 申請区分②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

申請区分	<input type="checkbox"/> ① 年間の高額療養費の申請 (基準日保険者への申請)	申請対象年度	② 平成・令和 29 年度	1 枚中	1 枚目
	<input checked="" 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)	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		
申請者に係る記入欄	フリガナ	センイン タロウ		保険者加入歴	1 ⑥
	申請者氏名	船員 太郎		2	⑥
	申請者住所	〒 100 - 0000 東京都 千代田区 〇〇町 〇-〇		3	⑥
	生年月日	昭和・平成 20年 10月 1日生	性別	男・女	※1
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	⑤ 〇〇健康保険組合
被扶養者に係る記入欄	フリガナ	センイン ハナコ		保険者加入歴	1 ⑥
	被扶養者氏名	船員 花子		2	⑥
	生年月日	昭和・平成 21年 10月 1日生	性別	男・女	※3
	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。			
フリガナ			保険者加入歴	1	
被扶養者氏名			2		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男・女	※3	
振込希望口座	⑦ 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 代理人の氏名 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	申請年月日 令和 年 月 日			受付日付印	

① 7月31日時点では船員保険部に加入しておらず、計算期間中に船員保険部の加入期間がある場合、②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 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。

⑥ 申請区分②の場合は記入不要です。

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。

記入不要