

外來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	平成・令和	年度	枚中	枚目	
	<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）	対象となる計算期間	年	月			日から

申請者に係る記入欄	フリガナ					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	(印)					1	年 月 日から 年 月 日まで		
	申請者住所	〒 -					2	年 月 日から 年 月 日まで		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生		性別	男・女	3	年 月 日から 年 月 日まで
	※1	被保険者証の記号・番号	-		電話		()		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					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						1	年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生		性別	男・女	3

被扶養者に係る記入欄	フリガナ					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						1	年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生		性別	男・女	3

振込希望口座	銀行・金庫 信組・農協 その他 ()	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					フリガナ	
										口座名義人	

備考	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 ()									
	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									

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
----------------	-----	----------------	-------

ご記入上の注意事項

1. 申請区分について

該当するいずれかにチェック☑をしてください。

- ① 7月31日時点で被保険者として加入していた全国健康保険協会船員保険部に、外来年間合算療養費を申請する方
- ② ①に該当しない方。
計算期間中に複数の医療保険者に加入していた場合は、保険者ごとに申請が必要です。

2. 申請者にかかる記入欄について

- ・申請者の氏名、住所、生年月日、性別、被保険者証の記号・番号を記入してください。
- ・※1の「保険者加入歴」欄について、計算期間中に加入していた医療保険者の保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号をそれぞれ記入してください。上記申請区分で②にチェック☑をした場合は記入不要です。
- ・「添付の自己負担額証明書整理番号」欄について、申請書を提出する船員保険部については記入不要です。また、計算期間中に加入していた医療保険者における自己負担額がない場合は「添付なし」と記入してください。
- ・※2の「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」について、上記申請区分で①にチェック☑をした場合は記入不要です。

3. 被扶養者に係る記入欄について

- ・計算期間中に被扶養者であった70歳以上の方について氏名、生年月日、性別を記入してください。
- ・※3の「保険者加入歴」について、申請者にかかる記入欄と同様に記入してください。

4. 振込希望口座欄について

- ・ご希望の振込先について、金融機関名、支店名等、預金種別、口座番号(左づめ)及び口座名義人を記入してください。なお、口座名義人が申請者と異なる場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。

5. 受取代理人の欄について

- ・給付金の受領を代理人に委任する場合には必ず記入・押印をしてください。

6. その他

- ・保険者加入歴や被扶養者に係る記入欄が不足する場合は、2枚目以降の申請書に追加で記入してください。その場合右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。(1枚目と同じ項目については記入を省略できます。)

【被保険者が非課税の場合について(船員保険部が基準日保険者の場合)】

基準日(計算期間の末日)の属する年度の前年度分の市区町村民税が非課税の場合は、マイナンバーによる情報確認により被保険者の課税情報を確認するため※4、申請書にマイナンバーを記入のうえ、以下の書類を貼り付け台紙兼マイナンバー情報連携申出書※5に㊦㊧のどちらも貼付し申請書に添付してください。

㊦身元確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

㊧番号確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※4 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。マイナンバーによる情報確認を希望しない場合は、被保険者の住民税の非課税証明書を添付してください。

※5 ホームページよりダウンロードできます。ただし被保険者が計算期間の途中で死亡した等の理由により、基準日が前年8月1日から3月31日のいずれかの日を基準とみなした場合には、当該基準日とみなした日の属する年度分の証明書類を添付してください。