

【ケース2】の記入例

※ 青字やコメント欄を参考に記入下さい

健康保険 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

前年8/1から7/31までの1年間を記入下さい

(保険者記入欄) 支給申

申請対象年度	平成・令和 1 年度	計算期間の始期及び終期	平成・令和 30 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目
--------	------------	-------------	---	---	----	---	----

フリガナ	トヨス タロウ			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	豊洲 太郎			保加入者歴 ※1	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	男		年 月 日 から 年 月 日 まで			
被保険者証の記号・番号	701 — ××××××				年 月 日 から 年 月 日 まで			
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 5 月 31 日まで			計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			××後期高齢者医療保険	
振込口座記入欄	×××××× 銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	×××××× 本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
					1. 普通預金	× × × × × × × ×	トヨス タロウ	
						口座名義人	豊洲太郎	

夫婦ともに当健保組合を令和1年6月1日で資格喪失した場合

令和1年7月31日時点(基準日)に加入していた医療保険者名を記入

希望振込口座を記入

フリガナ	トヨス ハナコ			保険者	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	豊洲 花子			保加入者歴 ※3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 生	性別	女		年 月 日 から 年 月 日 まで			
当健保組合加入期間	平成・令和 5 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 5 月 31 日まで				平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			

フリガナ				保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号
生年月日	年 月 日 生	性別		保加入者歴 ※3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			
当健保組合加入期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで				平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			

①・②の両方を丸で囲む

申請者及びその被扶養者の加入期間中の受診歴(受診した年月)を記入 ※他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要

備考 豊洲太郎 平成30年8月、平成30年9月、平成30年10月。
豊洲花子 令和1年5月。

BIPROGY健康保険組合 御中

① 外来年間合算の支給を申請します。

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

上記金額受領方を _____ を委任します。

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務以外には使用しません)

申請年月日 令和 XX 年 X 月 X 日

郵便番号 XXX-XXXX

住所 東京都XXXX-X-X-X

申請者氏名 豊洲 太郎 印

電話番号 XXX-XXX-XXXX

下線欄は、記入不要



【ケース3】の記入例

※ 青字やコメント欄を参考に記入下さい

健康保険 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

(保険者記入欄) 支給申

前年8/1から7/31までの1年間を記入下さい

申請対象年度	平成・令和 1 年度	計算期間の始期及び終期	平成・令和 30 年 8 月 1 日 から 平成・令和 1 年 7 月 31 日 まで	1	枚中	1	枚目
フリガナ	トヨス タロウ	申請者氏名	豊洲 太郎	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
生年月日	昭和・平成・令和 xx 年 xx 月 xx 日	性別	男	1	×××××健康保険組合	平成 5 年 8 月 1 日 から 平成 1 年 5 月 31 日 まで	XXXXXXXXXX
被保険者証の記号・番号	701 — ××××××	当健保組合加入期間	平成・令和 1 年 6 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	2	日本ユニシス健康保険組合	平成 1 年 6 月 1 日 から 平成 1 年 7 月 31 日 まで	添付省略
振込口座記入欄	××××× 銀行 ××××× 信用金庫 ××××× 信用組合	金融機関コード	×××××	※1	3	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	
フリガナ	トヨス ハナコ	被扶養者氏名	豊洲 花子	計算期日の末日において加入する 医療保険者の名称 ※2			
生年月日	昭和・平成・令和 xx 年 xx 月 xx 日 生	性別	女	店鋪コード	種目	口座番号	フリガナ
当健保組合加入期間	平成・令和 1 年 6 月 1 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	※3	3	1. 普通預金	× × × × × × × ×	口座名義人	トヨス タロウ
フリガナ		被扶養者氏名		種目	× × × × × × × ×	豊洲太郎	
当健保組合加入期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	※3	3				
フリガナ		被扶養者氏名					
当健保組合加入期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	※3	3				
備考	豊洲太郎 令和1年6月、令和1年7月。 豊洲花子 令和1年6月、令和1年7月。		申請者及びその被扶養者の加入期間中の受診歴(受診した年月)を記入 ※他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要				
① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 上記金額受領方を _____ を委任します。	下線欄については、申請時点の状況に基づき 下記のように記入 在職中の方 → 本籍会社名記入 任継特例の方 → 記入不要		申請年月日		令和 XX 年 X 月 X 日		
(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務以外には使用しません)			郵便番号		XXX-XXXX		
			住所		東京都XXXX-X-X-X		
			申請者氏名		豊洲 太郎		
			電話番号		XXX-XXX-XXXX		

夫婦ともに当健保組合を令和1年6月1日から加入した場合

振込口座については、申請時点の状況に基づき下記のように記入
在職中の方 → 口座情報の記入不要
任継特例の方 → 健康保険料引落口座を記入

対象となる計算期間内の医療保険の加入歴及び自己負担額証明書整理番号を記入、
当健保組合での医療保険自己負担額については、「添付省略」と記入(当健保組合で確認できるため)、
その他については、「別紙:ご記入上の注意事項」を参照のこと。

①のみを丸で囲む



別紙:ご記入上の注意事項

1. 申請者に係る記入欄について

- (1)自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2)外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、※2は記入不要です。

※1について次のとおり記入してください。

- ・ 計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
- ・ 自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1)自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2)外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。

この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。

- ・ 計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
- ・ 自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の貢欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

※ 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請)

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記載された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

- ・ 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、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。
- ・ 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、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主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ありません。この場合には、「添付の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。
- ・ 対象となる計算期間中に当健保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、「添付の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は別途必要となりますので、ご注意ください。)