

年間高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

| | | | | | | | |
|------|--|--------|----|-----------|-----------------|----|----|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> ①年間高額療養費の申請(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高額療養費の申請(基準日保険者以外へ申請) | 申請対象年度 | 年度 | 対象となる計算期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 枚中 | 枚目 |
|------|--|--------|----|-----------|-----------------|----|----|

| | | | | | | |
|-----------------|------------|----------|--------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|
| 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 |
| 申請者氏名 | | | | 1 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 申請者住所 | 〒 - 電話 () | | | 2 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 生年月日 | 昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 3 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 被保険者証の 記号・番号 | - | 加入 期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2 | | |

| | | | | | | |
|--------|-----------------|----|-----|------|----------------------|-----------------|
| 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 |
| 被扶養者氏名 | | | | 1 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 生年月日 | 昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 2 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 加入期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | 3 | 年 月 日 から 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 |
| 被扶養者氏名 | | | | 1 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 生年月日 | 昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 2 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 加入期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | 3 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |

| | | |
|----|---------|--|
| 備考 | 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 - 電話 () |
|----|---------|--|

| | | | | | |
|--------|------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| 振込希望口座 | 支 払 区 分 | 金 融 機 関 | 銀行・金庫 信組・信連 農協・漁協 | 店・本店 支店・出張所 本所・支所 | 金融機関コード |
|--------|------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|---------|

申請年月日 令和 年 月 日

受付年月日

| | | |
|--------|--------------------------|---|
| 公金口座受取 | <input type="checkbox"/> | マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記の欄を記入。上記に記入があった場合は上記優先) |
|--------|--------------------------|---|

| | |
|---------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者 | |
|---------------|--|

埼玉県医師会健康保険組合

記入上の注意事項

1. 申請区分について□

- ① 7月31日時点で被保険者として加入していた埼玉県医師会健康保険組合に年間高額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の場合は、保険者ごとに申請が必要です。

2. 申請者に係る記入欄について

- ・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。□
- ・「保険者加入歴」欄※1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を、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。(協会けんぽは都道府県支部ごと)
- ・添付の自己負担額証明書整理番号欄について、申請書を提出する埼玉県医師会健康保険組合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(協会けんぽは都道府県支部ごと)における自己負担額がない場合は記入不要です。その場合、「添付なし」と記入してください。
- ・「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」※2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。
- ・「保険者加入歴」欄※3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. 備考欄について

備考欄については、申請者およ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。(ほかの医療保険者に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

5. 受取代理人の欄について

給付金の受け取りを代理人に委任する場合に記入してください。

6. 振込希望口座欄について

ご希望の振り込み金融機関口座の銀行・支店名など、預金種別および口座番号(左詰め)を記入してください。□
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と支店名(数字)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。□
口座名義人の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。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。□

7. 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枚目以降に追加して記入してください。□
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。

【非課税証明書等の添付について(計算期間の末日に埼玉県医師会健康保険組合に加入しており、支給申請する場合)】

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、非課税証明書等の証明書類を添付してください。ただし、被保険者が計算期間の途中で死亡した等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。