

年間の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	☐ ①年間の高額療養費の支給(基準日保険者への申請)			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
	☐ 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)													

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※1	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		
申請者住所	〒 電話 ()					2			年	月	日	から		
生年月日	昭・平	年	月	日		性別	男・女		年	月	日	から		
被保険者等 記号・番号		—		加入 期間	年	月	日から	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2						
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)														

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※3	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		
生年月日	昭・平	年	月	日		性別	男・女		年	月	日	から		
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで					3			年	月	日	から		

フリガナ					保 険 者 加 入 歴 ※3	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		
生年月日	昭・平	年	月	日		性別	男・女		年	月	日	から		
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで					3			年	月	日	から		

*被保険者が非課税でマイナンバーの情報連携による添付書類省略希望の場合は、前年1月1日の住民票住所を記入してください。				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													
前年1月1日の 住民票住所	〒 —				申請者住所	代理人の氏名												
・被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です					申請者氏名	委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 電話 ()												
被保険者のマイナンバー記載欄(12桁) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		

振込希望口座	支 払 区 分	金 融 機 関	銀行・金庫 信組・農協 その他()	店・本店 支店・出張所 本所・支所	本支店コード <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				預金 種別	1:普通 3:別段 2:当座 4:通知	口座番号						フリガナ	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											口座名義人							

社会保険労務士記載欄		申請年月日	令和 年 月 日	受付日付印
------------	--	-------	-------------------	-------

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。

①7月31日時点で被保険者として加入していた観光産業健康保険組合に、年間の高額療養費を申請する方。

②①に該当しない方。

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、被保険者等記号・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。
- ・添付の自己負担額証明書整理番号欄について、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」※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. 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してください。

5. 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。

6. その他

- ・保険者加入歴や被扶養者にかか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(観光産業健康保険組合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ことにより、添付書類を省略することができます。

- ・マイナンバー情報連携による添付書類添付省略希望の場合は、前年1月1日の住民票住所を記入してください。
- ・マイナンバー情報連携による添付書類省略を希望しない場合は、市区町村から前年度の「(非)課税証明書」の交付を受け、原本を添付してください。