

## 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。

|  |  |                     |                           |    |
|--|--|---------------------|---------------------------|----|
| 申請区分<br><small>いずれかに○をつけてください。</small> | <input type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の支給<br><input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付 | 申請対象年度<br>対象となる計算期間 | 平成・令和 年度<br>年 月 日 ~ 年 月 日 | 枚目 |
|--|--|---------------------|---------------------------|----|

|           |             |                |    |     |          |                            |                      |                 |
|-----------|-------------|----------------|----|-----|----------|----------------------------|----------------------|-----------------|
| 申請者に係る記入欄 | 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<br>年 月 日 まで |                 |
|           | 申請者住所       |                |    |     |          | 2                          | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                 |
|           | 生年月日        | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 |     |          | 3                          | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                 |
|           | 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※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<br>年 月 日 まで |                 |
|            | 生年月日           | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 |   |                      | 2    | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                 |
|            | 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<br>年 月 日 まで |                 |
| 生年月日       | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別             |    | 2 | 年 月 日 から<br>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。<br>年 月 日 |                 |
|    |   | 被保険者(申請者)の氏名                         |                 |
|    | <small>・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)</small> | 代理人の                                 | 事業所<br>名称<br>氏名 |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|

申請年月日 令和 年 月 日      受付年月日

|     |  |
|-----|--|
| 確認欄 | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br><input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br><input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |
|-----|--|

## ご記入上の注意事項

### 1. 申請区分について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①、②のいずれも□にチェック☑してください。
- (2) 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①の□のみチェック☑してください。

### 2. 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) 年間の高額療養費の支給申請のみを行う(計算期間の末日に名古屋業健康保険組合に加入している)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。
  - ・計算期間内に別の健康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. 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) 年間の高額療養費の支給申請のみを行う(計算期間の末日に名古屋業健康保険組合に加入している)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。この場合は※3の記入が必要です。次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の健康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。

### 4. 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託する場合は、受取代理人の欄を記入してください。

### 5. その他

- (1) 申請書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、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (2) 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に名古屋業健康保険組合に加入している場合)  
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入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。
  - ・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、名古屋業健康保険組合の被保険者期間がある場合、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年間の高額療養費の支給申請は別途必要となりますのでご注意ください。)