

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)

支給申請書整理番号

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						1		年	月	日から			
生年月日	年	月	日	生		性別		2		年	月	日から	
被保険者証の記号・番号						※1	3		年	月	日から		
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			
支給方法	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.窓口払い 2.口座振込							1.普通預金 2.当座預金 9.その他						

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					
生年月日	年	月	日	生		性別		2		年	月	日から			
加入期間	年		月	日から		年		月	日まで	※3	3		年	月	日から

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					
生年月日	年	月	日	生		性別		2		年	月	日から			
加入期間	年		月	日から		年		月	日まで	※3	3		年	月	日から

備考												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

印刷製本包装機械健康保険組合理事長 殿						申請年月日						年		月		日	
① 外来年間合算の支給を申請します。						郵便番号											
② 自己負担額証明書の交付を申請します。						住所											
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②いずれも丸で囲んでください。						申請者氏名											
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。						電話番号											

ご記入上の注意事項

1 申請者にかかる記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※2について記入してください。(※1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、※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。(※3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」欄の下に「加入期間」欄に記入した期間)における受診暦(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暦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、右上の頁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かかる申請は別途必要となりますのでご注意ください。)
↑ 基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間にかかる自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載

高額介護合算療養費支給決定通知書

年 月 日

〒 -

(申請者住所)

(申請者氏名)

様

先に申請のありました高額介護合算療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

印刷製本包装機械健康保険組合理事長

印

被保険者氏名		被保険者証記号		被保険者証番号	
対象となる計算期間	平成 年 月 ～ 平成 年 月				
申請年月日	平成 年 月 日				
計算対象期間中の 自己負担額の合計額	円		支給額	円	
備考					

支 払 方 法				
窓 口 払 い		口 座 振 込		
お持ちいただくもの	・この通知書 ・通知書被保険者証(又は本人確認の可能なもの) ・申請書に使用した印鑑	振込先	金融機関・店舗名	
			口座種目	
			口座番号	
支払場所			口座名義人	
支払期間				

- この通知内容にわからないことがありましたら給付課までお問い合わせください。

本部電話番号 03-3634-0048
京都電話番号 075-361-7575

- この不支給の決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官(東京都新宿区大久保2-12-1 東京社会保険事務局内)に審査請求できます。また、その審査請求の決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会(東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 中央合同庁舎5号館18階 厚生労働省内)に再審査請求できます。

なお、この不支給決定の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないときや、決定の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。
この訴えは、採決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。
ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。