

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	<input type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請		<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請	
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
----	----

申請者に係る記入欄	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
	組合員氏名					1	年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
	組合員証 記号・番号					3	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保険者の名称			

被扶養者に係る記入欄	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 年 月 日まで	
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
					3	年 月 日から 年 月 日まで		

被扶養者に係る記入欄	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 年 月 日まで	
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女		2	年 月 日から 年 月 日まで	
					3	年 月 日から 年 月 日まで		

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座	受診歴
		金庫	支所	フリガナ		
		農協	本店	口座名義人		

山口県市町村職員共済組合理事長 様 申請年月日 令和 年 月 日 申請者(住所) 〒 - ① 年間の高額療養費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。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	(名前) 印 (電話番号) () -	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所属所長 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。

- ① 計算期間の末日（7月31日。ただし、対象期間中に組合員が死亡した場合は死亡した日。以下同じ。）に組合員として加入していた山口市町村職員共済組合（以下「本組合」という。）に、年間の高額療養費を申請する方。
- ② ①に該当しない方

※年間の高額療養費の支給対象となる方が、計算期間中全て本組合に加入していた場合は、本組合が自動払いを行うため、請求は不要です。

2. 申請対象年度について

申請対象とする期間の初月が8月から翌年3月までの場合は、当該年度を記入し、それ以外の場合は当該前年度を記入してください。

3. 対象となる計算期間について

申請対象年度の8月1日から翌年7月31日までの間で、年間の高額療養費の支給対象となる期間を記入してください。（通常は8月1日から翌年7月31日までとなります。）

4. 申請者に係る記入欄について

- 申請者は、組合員または計算期間の末日に至るまでの間に組合員資格を喪失した者となります。本高額療養費の支給対象者が被扶養者であっても申請者は、組合員となりますのでご注意ください。
- 申請者の氏名、生年月日、性別、組合員証の記号・番号を記入してください。組合員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。
- 「保険者加入歴」欄は、申請区分①の場合に記入してください。計算期間中に加入していた保険者の保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号を記入してください。「添付の自己負担額証明書整理番号」欄について本組合に係る期間については、「添付省略」と記載してください。また、計算期間中に加入していた保険者における自己負担額が零である場合は、「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保険者の名称」欄は、申請区分②の場合に記入してください。

5. 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。

6. 振込口座について

申請時に申請者が本組合員の資格を喪失している場合に記入してください。振込口座については、年間の高額療養費を振り込む口座を記入してください。口座は申請者本人名義のものとしてください。

7. 受診歴について

申請者が計算期間における本組合の組合員であった間に外来療養を受けた申請者および被扶養者の氏名及びその受診年月を記入してください。

8. 添付書類について

- (1) 申請区分①の場合において、申請者及び計算期間の末日に被扶養者であった者が、それぞれ保険者加入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を添付してください。発行手続きについては、各保険者にお問い合わせください。なお、該当期間の自己負担額が零である場合、また、本組合期間については、添付不要です。

(注意事項)

- ・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ぬ。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ませぬ。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。

- (2) 請求者に係る計算期間の末日における所得区分を証明する書類を添付してください。（請求者が基準日において70歳以上の場合は、自己負担割合が記載された高齢受給者証、組合員証、保険証等の写し、70歳未満の場合は、組合員証、保険証等の写し）

9. 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して記載してください。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。）