

<記入例1 年間の高額療養費を申請する場合（基準日時点では私学事業団の加入者だが、計算期間中に他の医療保険に加入していた期間がある場合）>

加入者番号は加入者証等に記載されている「記号」「番号」を記入してください。これ以外にも確認通知書等にも記載されています。

交付を受けた「自己負担額証明書」に記載されている内容を確認のうえ、記入してください。自己負担額がなく、「自己負担額証明書」を添付しない場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と明記してください。

加入者本人が申請者となります。

任意継続加入者の場合は、学校法人等の記載は不要です。

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									
加入者番号		加入者氏名		性別	生年月日				
01	13A999999999	私学 太郎		1男 2女	3昭 4平	2	4	0	207
申請対象年度	令和 XX 年度	対象期間	令和 XX 年 8 月 1 日から 令和 XX 年 7 月 31 日まで						
私学共済の加入期間		令和 XX 年 4 月 1 日から 令和 XX 年 7 月 31 日まで							
(自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、A・Bのいずれも○で囲んでください。外来年間合算の支給申請のみを行う場合は、Aのみ○で囲んでください。)									
<input checked="" type="radio"/> A 高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。 <input type="radio"/> B 自己負担額証明書の交付を申請します。									
計算期間の末日において加入する医療保険者の名称		所在地							
保険者番号		被保険者番号							
計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間									
1	〇〇健康保険組合	平成25年4月1日から 令和XX年3月31日まで	20XX-0000-00000XXX						
2		年 月 日から 年 月 日まで							
3		年 月 日から 年 月 日まで							
上記及び右記のとおり申請します。		住所	〒844-1113 東京都湯島区文京175番地						
令和 XX 年 11 月 XX 日		フリガナ	シガク タロウ						
日本私立学校振興・共済事業団		氏名	私学 太郎						
理事長 殿		所在地	〒113-8441 東京都文京区湯島1丁目7番5号						
上記の申請は、事実と相違ないものと認めます。		名称	学校法人 湯島学園						
令和 XX 年 11 月 XX 日		代表者名	理事長 文京 一郎						

(振込口座記入欄は自己負担額証明書交付を申請する場合のみ記入してください)									
金融機関名 (カタカナ)					(いずれかを○で囲んでください)			口座名義人	
銀行 信用金庫 信用組合 農協 農協組合 労働金庫					(7桁ナ) (漢字)				
店名 (カタカナ)					(いずれかを○で囲んでください)			種目	口座番号
本店 支店 出張所					1				
ゆうちょ銀行	送金CD	通帳記号	再発行CD	通帳番号			口座名義人		
1							(7桁ナ) (漢字)		
(備考)									
(該当する被扶養者がいるときは、記入してください。)					被扶養者氏名		生年月日		続柄
					(7桁ナ) シガク ハナコ 私学 花子		3昭 241124		妻
(Aのみ○で囲んだ場合で、被扶養者が計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば下欄を記入してください。)									
計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間									
1	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
	〇〇健康保険組合	平成25年4月1日から 令和XX年3月31日まで			20XX-0000-00000XXX				
2	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
		年 月 日から 年 月 日まで							
3	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
		年 月 日から 年 月 日まで							
(該当する被扶養者がいるときは、記入してください。)					被扶養者氏名		生年月日		続柄
					(7桁ナ)		3昭		
(Aのみ○で囲んだ場合で、被扶養者が計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば下欄を記入してください。)									
計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間									
1	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
		年 月 日から 年 月 日まで							
2	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
		年 月 日から 年 月 日まで							
3	医療保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				
		年 月 日から 年 月 日まで							

この欄は記入しないでください。

交付を受けた「自己負担額証明書」に記載されている内容を確認のうえ、記入してください。自己負担額がなく、「自己負担額証明書」を添付しない場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と明記してください。