

<記入例2 自己負担額証明書の交付を申請する場合（基準日時点では他の医療保険に加入しているが、計算期間中に私学事業団の加入者であった期間がある場合）>

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。

自己負担額証明書の交付申請であっても、必ずAも○で囲んでください。

加入者本人が申請者となります。

学校法人等の記載は不要です。

必ず記入してください。

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										(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)																													
加入者番号 01 13A999999999					加入者氏名 私学太郎					性別 1男 2女		生年月日 240207			金融機関名 (カタカナ) フシキョウ					(いずれかを○で囲んでください) 銀行 信用金庫 信用組合 (7桁ナ) 農協 農協組合 労働金庫 (漢字)					口座名義人 シガク太郎 私学太郎														
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3月31日まで					振込口座記入欄 ユシマ		店名 (カタカナ) 本店 出張所					種目 1					口座番号 987XXXXX					委任S												
私学共済の加入期間 令和XX年8月1日から令和XX年3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。					ゆうちょ銀行		送金CD 1					通帳記号					再発行CD					通帳番号					口座名義人 (7桁ナ) (漢字)							
自己負担額証明書の交付申請は、 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 checked="" type="radio"/> B 自己負担額証明書の交付を申請します。										(備考)										被扶養者氏名 (7桁ナ) シガクハナコ 私学花子 生年月日 3昭 241124 続柄 妻 コード									
(計算期間の末日において加入する医療保険者が私学共済の場合は、記入不要です。)										計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 〇〇健康保険組合										所在地 東京都中央区銀座1-1-1										(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									
保険者番号 11XXX					被保険者番号 XXXX000					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														
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					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				
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					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				
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					(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 (7桁ナ) 生年月日 3昭 続柄 コード					(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。)														
上記及び右記のとおり申請します。										住所 東京都湯島区文京175番地										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 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 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																			
令和XX年11月XX日					申請者 フリガナ シガク太郎 氏名 私学太郎					郵便番号 (844 - 1113) TEL					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									
日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿					所在地					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														
上記の申請は、事実と相違ないものと認めます。					学校法人等 名称					郵便番号 () TEL					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									
令和XX年 月 日					代表者名																																		