

<記入例3 自己負担額証明書の交付を申請する場合（加入者は現在私学共済制度に加入中であるが、申請する人が基準日時点では他の医療保険に加入していて、かつ計算期間中に私学事業団の被扶養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も〇で囲んでください。

加入者本人が申請者となります。

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					(いずれかを〇で囲んでください) 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					店名 (カタカナ) ユシマ					(いずれかを〇で囲んでください) 本店 支店					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					確認S					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を行う場合は、A・Bのいずれも〇で囲んでください。外来年間合算の支給申請のみを行う場合は、Aのみ〇で囲んでください。)										<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。										(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										保険者番号 11XXX										被保険者番号 XXXX000					(Aのみ〇で囲んだ場合で、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。)																													
(Aのみ〇で囲んだ場合で、計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば記入してください。)										計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間										計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間										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																																							
										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																																							
										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																																							
上記及び右記のとおり申請します。 令和XX年11月XX日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿										住所 東京都湯島区文京175番地										フリガナ シガク太郎 私学太郎										氏名 私学太郎										被扶養者氏名 (7桁ナ)										生年月日 3昭					続柄					コード														
										上記の申請は、事実と相違ないものと認めます。 令和XX年11月XX日										郵便番号 (113 - 8441) TEL △△△ - △△△△										所在地 東京都文京区湯島1丁目7番5号										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																			
																				学校法人等										名称 学校法人 湯島学園										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																			
加入者本人が申請者となります。										郵便番号 (844 - 1113) TEL ▲▲▲ - ▲▲▲▲										住所 東京都湯島区文京175番地										フリガナ シガク太郎 私学太郎										氏名 私学太郎										被扶養者氏名 (7桁ナ)										生年月日 3昭					続柄					コード				
										代表者名										理事長 文京 一郎										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																													