|  |
| --- |
| **【　注　意　】　事業主の社会保険業務の外部委託に伴い、内務職員等の健康保険手続きに関する申請書の送付先・照会先は次のとおりです。** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **大同生命保険㈱** | **・内務職員　　　　・医務職員　　　　・特別職員　　　　　・契約職員　　　　・再雇用者　　　　【被保険者記号：1】　※大同生命より関連会社への　　出向者を含む** | **○書類送付先　　社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ（社内便不可・郵送）　　〒540 - 6319　　大阪府大阪市中央区城見1-3-7　IMPビル19階　※該当帳票に事業所証明欄がある場合は、記入不要です。　○手続き照会窓口　　Mail：daido-hrp@si-hrp.com　　TEL:0570-095-509　（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）　※個人番号を含む書類を送付する際は、レターパックプラス、簡易書留で送付ください。　※外部委託先を経由するため、従来よりも手続きに時間を要します。　　書類は余裕を持って早めに提出ください。** |
| **・営業職員【被保険者記号：2】** | **○書類送付先（従来どおり変更なし）　　大同生命健康保険組合 （社内便可）　　〒550 - 0002　　大阪府大阪市西区江戸堀1-2-1　　TEL:06-6447-6241（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）****※該当帳票に事業所証明欄がある場合は、事業主が事業所名等を記載ください。　※社内便で個人番号を含む書類を送付する際は「マイナンバー専用社内封筒」で　　送付ください。　　（郵送の場合は、レターパックプラス・簡易書留で送付ください。）** |
| **・内務従業員組合　　　　　　 【被保険者記号： 3】・労働組合　　　　　　　　　 【被保険者記号： 5】・㈱大同マネジメントサービス 【被保険者記号：13】****・T&Dアセットマネジメント㈱【被保険者記号：18】****・日本システム収納㈱　　　　 【被保険者記号：20】・㈱全国ビジネスセンター　　 【被保険者記号：21】　　※大同生命より関連会社への出向者は除く** |
| **・任意継続被保険者　　　　【被保険者記号：9】** | **○書類送付先****株式会社バリューＨＲ　大同生命健康保険組合事務処理センター** **〒532 - 0003****大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6　アクロス新大阪10階****TEL:06-6151-5294　（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）****※該当帳票の「事業所名」の記入は不要。** |

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請書整理番号 |   |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(保険者記入欄)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請対象年度 |  　　　 年度  | 計算期間の始期及び終期  | 　　　　年　　　月　　　日から 　 年　　　月　　　日まで |   |   | 枚中  |   | 枚目  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 保険者加入歴※1 | 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　 日から年　 月　 日まで |   |
| 生 年 月 日  | 年 月 日 生  | 性別 |   | 2 |   | 年 　月 　日から年 　 月 　 日まで |  |
| 被保険者等の記号・番号 |   | 3 |   | 年 　 月 　 日から 年 　 月 　 日まで |  |
| 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．給与計上 2．口座振込 |    |   |   |   |    |   |   | 1．普通預金 2．当座預金 9．そ の 他  |   |   |   |   |   |   |   | 口座名義人 |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |   | 保険者加入歴※3 | 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 |  | 2 |   | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |    |
| 加 入 期 間  |  年　　　月　　　日から 　 年　　　月　　　日まで | 3 |   | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |    |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |   | 保険者加入歴※3 | 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 |   | 2  |   | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |    |
| 加 入 期 間 | 年 月 　 日から 年 　 月 　 日まで | 3  |   | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |    |
| 備　　考 |  |

|  |
| --- |
| **大同生命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の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  |

保期７年（本）紙

健保0440 2024-12（本・任）1/2

＜ご記入上の注意事項＞

１．申請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、※1は記入不要です。※2について記入ください。

（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ください。

なお、この場合は※3については記入不要です。

（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」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入ください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴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)が負担したものとして取り扱われます。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して取り扱われます。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」と記入ください。

・対象となる計算期間中に当協会(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」と記入ください。(なお、当該期間の自己負担に係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係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

保期７年（本）紙

健保++++ 2019-04(本・任)　2/2

保期７年（本）紙

健保0440 2024-12（本・任）2/2