

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号			
		1	123456			
被保険者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 7年 6月 6日 27才	
	住所	〒 ××× - ×××× 大阪市〇区〇〇1-1-1				
	事業所	<input checked="" type="checkbox"/> VHD(株) ・ 任意継続 <input type="checkbox"/> 特機E(その他) <input type="checkbox"/> 小形E	所属 〇〇部			
適用対象者	氏名	健保 花子	続柄	妻	性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和 平成 令和 8年 5月 1日 26才	・公費受給者証はお持ちですか？ (乳幼児・障害等) 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	・受療の原因は？		・ケガが原因の場合は、以下に〇をつけてください			
	ケガ ・ <input checked="" type="checkbox"/> ケガ以外		第三者行為(交通事故等)による？ はい ・ いいえ		勤務中・通勤中の事故による？ はい ・ いいえ	
	・外来又は入院月(予定月)は？		外来 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 入院		2022年 7月	
証送付先	※限度額適用認定証の送付は、原則事業所窓口経由となります(任意継続被保険者を除く) 緊急時などのやむを得ない理由により、社内便での送付を希望されない場合は、下記ご記入願います					
	住所 〒 -					
	自宅 ・ 留守宅 ・ その他()					
	受取人名(被保険者本人以外の場合)			被保険者との関係		
やむを得ない理由:						

下記の<留意事項>を確認のうえ、上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

2022年 6月 10日提出

<留意事項>

※この認定証は、医療機関の窓口へ提示することにより、窓口での支払いが自己負担限度額まで済むものです。申請をしない場合でも、窓口で支払った自己負担限度額を超える額は、健康保険組合から後日(約3ヵ月後)、高額療養費として被保険者へ自動的に給付いたしますので、最終的に自己負担される額に変わりはありません。

※認定証の有効期間は、下記①・②～原則3ヶ月間となります。(引き続き必要な場合は再申請してください)

①「外来又は入院月」が、申請書到着月より前もしくは同じ場合・・・申請書到着月の1日から申請書の到着月をまたいでの遡り交付はできませんので、ご了承願います。

②「外来又は入院月」が、申請書到着月より先の場合・・・「外来又は入院月」の属する月の1日から

以下の記入は不要です

交付年月日	年 月 日
発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
返却年月日	年 月 日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ

標準報酬月額: _____
 _____ 回目
 (前回有効期限) 年 月 日
 事業所窓口 _____ 経由