

健康保険組合 (承認)			事業主 (本社総務)		
事務長	主任	担当			

健康保険 限度額適用認定申請書

下記の注意事項を必ずお読みください

1. 提出年月日の属する月の1日から有効の認定証を交付します。
2. 有効期限は、発効日より**最長6ヵ月**です。
3. **70歳以上かつ、高齢受給者証の負担額2割の方は認定証の申請は不要**です。
(医療機関に「健康保険高齢受給者証」を提示することで限度額が適用されるため)
4. 限度額適用認定証は**会計処理前に医療機関へご提示**ください。
(認定証を使用せず自己負担額を支払った場合でも診療月から約3ヶ月後に高額療養費が自動給付されるため最終的な自己負担額は変わりません。)
5. 住民税非課税世帯の方は、**世帯の非課税証明書を添付のうえ**、申請してください。

*太枠線内を記入してください。

提出年月日		令和 **年 **月 **日			
被保険者証の記号・番号 (左詰めで記入)		被保険者氏名		フリガナ ケンボ ヒロシ	
記号	番号	氏名		(氏)	(名)
208	123456	健保			ヒロシ
事業所 (会社)名称	ロジスティード (株)		所属	〇〇 営業所	
	※任意継続の方は記入不要。		電話番号	(TEL: ****-**-****)	
被保険者住所	〒 - 会社に届出ている現住所を記載して下さい				
	(TEL: ****-**-****)		※平日の日中にご連絡可能な電話番号を記入してください。		
発行希望月 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 提出年月日の属する月より有効の認定証を希望 <input type="checkbox"/> 翌月より有効の認定証を希望 (有効期限内の認定証をお持ちの方) <input type="checkbox"/> 会計未精算等のため(令和 年 月) から有効の認定証を希望 <input type="checkbox"/> 紛失の為再発行を希望				
	翌月以降使用希望の方は、使用月の前月末頃着予定で発送いたします。				
対象者氏名 (使用される方)	フリガナ ケンボ ヒロコ	生年月日	昭和 平成 令和	性別	男 (女) 続柄 妻
対象者の傷病の原因 (いずれかに✓)	1. 第三者の行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2. 労災保険(通勤途中または業務中)に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※上記1または2で「はい」に該当する方は、事前に当健保組合へご連絡ください。				
医療費助成の有無	国や地方自治体から、医療費助成を受けていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 → 下記「医療費助成内容」をご記入ください。				
医療費助成の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特定疾患医療 ※ () に助成制度の名称をご記入ください。				
受給者証が交付された市区町村(都道府県)名	東京都	公費負担者番号	987654321		
受給者証の有効期限	令和 3年 4月 1日 ~ 令和 4年 3月 31日				
認定証の送付先 ※被保険者住所と同じ場合は記入不要	〒 - 登録住所以外に送付希望の場合はこちらに記載して下さい。				
受取人氏名	登録住所と違う住所へ送付希望の場合は、〇〇様方など、詳しく記入して下さい。	被保険者との続柄	受取人連絡先	TEL:	

健保組合使用欄	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現 I

受付日付印