

### 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になってから申請ください。

- ・この申請書は『資格確認書』をお持ちの方のみ提出してください。
  - ・市区町村民税非課税世帯の方は、『限度額適用・標準負担額認定申請書』をご提出ください。
  - ・提出年月日の属する月または発効希望月の1日から有効の認定証を交付します。
  - ・認定証は必ず会計処理前に提示してください。  
(認定証を使用せず支払った場合でも診療月から最短3か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。)
- ※認定証交付対象者が以下のいずれかに該当する場合は申請不要です。
- ・マイナ保険証をご利用の方
  - ・70歳以上で、医療費の負担割合が2割の方
  - ・70歳以上で、被保険者の標準報酬月額が83万円以上ある方

\*太枠線内を記入してください。

提出年月日		令和 *年 **月 **日	
被保険者等記号・番号			
記号	2 0 8	番号	1 2 3 4 5 6
被 保 険 者	事業所(会社)名称	ロジスティード(株) ※任意継続の方は記入不要。	被保険者氏名 ツガナ ケンボ ヒロシ (氏) 健保 (名) ひろし
	被保険者住所	〒 - 会社へ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。)	
	認定証の送付先(※上記住所と同じ場合は記入不要)	〒 - 上記住所以外に送付希望の場合はこちらに記載して下さい OO様方など詳しく記入してください。	
	受取人氏名	被保険者との続柄	連絡元
認 定 証 交 付 対 象 者	発効希望月(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 提出年月日の属する月 <input checked="" type="checkbox"/> 保有している認定証の有効期限の翌月 <input type="checkbox"/> 上記以外(き損・滅失、会計未払い等) 令和 年 月 発効月が翌月以降の場合は、発効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)	ツガナ ケンボ ヒロコ	生年月日 昭和平成令和 年 月 日 性別 男 女 続柄 妻
	対象者の傷病の原因(あてはまるものに✓)	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. 通勤途中または業務中のものですか? <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 (受けていなければ記入不要)	
助成制度の名称(あてはまるものに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療 <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(助成制度の名称)		
市区町村で発行された受給券の有効期限	令和 **年 **月 **日 ~ 令和 **年 **月 **日		

健保組合使用欄

受付日付印

発効年月日	令和 年 月 日	健康保険組合(承認)		
有効期限	令和 年 月 日	事務長	主任	担当
適用区分	ア・イ・ウ・エ 現Ⅱ・現Ⅰ			