

標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者
適用区分	ア・イ・ウ・エ			
認定証回収日	年 月 日			

健康保険限度額適用認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被保険者証 記号－番号		－		
被 保 険 者	氏 名		在籍会社	
	生年月日 (和暦)	年 月 日	所属部署	
	住 所	〒 ※平日の日中に連絡がつく連絡先 (TEL)		
適用対象者	氏 名			
	生年月日 (和暦)	年 月 日	被保険者との続柄	
入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (見込み)			
認定が必要になる初日	年 月 日 (見込み) ※いつから有効の認定証が必要かご記入ください。			
認定証送付先 ※	事業所 ・ 自宅 その他 ()	〒 (TEL)		
※ 入院中等やむを得ず医療機関への送付を希望される場合は、 <u>医療機関に直送の了承をとった上で</u> 、郵便が手元に届く宛名（病院名・階数・病棟名・病室番号等詳細）をご記入ください。 ※ ご親族宅等をご指定の場合は、郵便が届く宛名（〇〇様方等）をご記入ください。				

《 注意事項 》

- ①原則として申請書が健康保険組合に受付された日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- ②70歳以上で自己負担の割合が「2割（または1割）」の方は申請不要です。
「高齢受給者証」を医療機関窓口にてご提示いただくことで、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。
- ③マイナ保険証で受診すると、認定証がなくても本人が同意すれば、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。

標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者
適用区分	ア・イ・ウ・エ			
認定証回収日	年 月 日			

健康保険限度額適用認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被保険者証 記号－番号		〇〇 － 〇〇〇〇〇			
被 保 険 者	氏 名	健保 太郎		在籍会社	〇〇株式会社
	生年月日 (和暦)	昭和〇〇年〇月〇日		所属部署	〇〇〇〇〇
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ※平日の日中に連絡がつく連絡先 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇〇 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)			
適用対象者	氏 名	健保 花子			
	生年月日 (和暦)	昭和〇〇年〇月〇日	被保険者との続柄	妻	
入 院 期 間	令和〇年 〇月 〇日 ～ 令和〇年 〇月 〇日 (見込み)				
認定が必要になる初日	令和〇年 〇月 〇日 (見込み) ※いつから有効の認定証が必要かご記入ください。				
認定証送付先 ※	事業所・ <div>自宅</div> その他 ()	〒 同 上 (TEL)			
※ 入院中等やむを得ず医療機関への送付を希望される場合は、 <u>医療機関に直送の了承をとった上で</u> 、郵便が手元に届く宛名（病院名・階数・病棟名・病室番号等詳細）をご記入ください。 ※ご親族宅等をご指定の場合は、郵便が届く宛名（〇〇様方等）をご記入ください。					

《 注意事項 》

- ①原則として申請書が健康保険組合に受付された日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- ②70歳以上で自己負担の割合が「2割（または1割）」の方は申請不要です。

「高齢受給者証」を医療機関窓口にてご提示いただくことで、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。
- ③マイナ保険証で受診すると、認定証がなくても本人が同意すれば、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。