

健康保険 限度額適用認定申請書

受付

提出日を記入

令和 3 年 10 月 1 日 提出

| | | | | |
|------------|---------|---|----------------|---|
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者証 | 記号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | 番号 | 事業所名 ABCD株式会社 (所属) 総務課 (日中の連絡先) 8-99-XXXX |
| | 被保険者氏名 | フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 | 生年月日 | 昭和 ・平成 会社名と日中の連絡先 |
| | 被保険者住所 | 〒 559-XXXX 大阪市住之江区〇〇〇1-2-3 電話 06-(〇〇〇〇)-XXXX | | |
| | 適用対象者氏名 | フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子 | 続柄 妻 | 生年月日 昭和 平成 令和 2 年 2 月 20 日 |
| | 入院(予定)日 | 令和 3 年 10 月 20 日 頃から 令和 3 年 12 月 15 日 頃まで | | |
| | 通院(予定)日 | 令和 通院は「医療費が高額」になる時のみ記入 日頃まで | | |
| | 希望送付先 | 〒 自宅へ送付してください (※病院等に送付希望の場合は、事前に受取先確認をお願いします) 連絡のとれる電話番号 職場携帯 090-XXXX-〇〇〇〇 | | |

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。

〔注意事項〕

- 適用対象者が被保険者の場合は「本人」と記入ください。被扶養者の場合は、氏名、続柄等の記載事項を記入ください。
- 入院・通院開始予定日ならびに予定期間は医師に確認のうえ、必ず記入ください。
- 発行する認定証の有効期間は、原則として申請した月の初日から最長**6か月**間です。
- 交付する「健康保険限度額適用認定証」は指定される所（職場への社内メール、自宅、その他病院など）へ送付しますので、希望送付先を記入ください。
- 有効期間経過後引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要です。
- 使用後もしくは有効期限に到達した場合は、速やかに「認定証」を当健保組合へ返却ください。

70歳以上で2割負担の方と3割負担で現役並Ⅲの方は、「高齢受給者証」を提示ください。

(手続きは不要です)

- 被保険者が低所得（＝非課税世帯）の場合は、別途手続きが必要です。健保へお問い合わせください。

受付番号【 】

| | | | | | |
|-------|-------|----------|--------|-----------------|-----|
| 健保記入欄 | 発効年月日 | 令和 年 月 日 | 適用区分 | ア イ ウ エ オ | 担 当 |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 | 標準報酬月額 | 千 円 | |
| | 交付日 | 令和 年 月 日 | 更新履歴 | 初回・ 回目 (回収・未回収) | |