

注意!! 申請書を記入する前に、必ず読んでください。

- * 『限度額適用認定証』は、この『健康保険 限度額適用認定申請書』が、当健康保険組合に届いた日の属する月からのみ有効になりますのでご注意ください。
- 例) 4/30 健保組合着 → 4/1(入院日) から有効、
5/1健保組合着 → 5/1(入院日) から有効
- * 第三者に関する怪我・交通事故・労災(自損含む)に該当する場合は、申請できません。
- * この申請は、家族内であっても1人につき1枚必要です。
- * 『限度額適用認定証』は、最終的に返却していただきますので紛失にご注意ください。
- * あなたが、市町村民税非課税世帯・生活保護の被保護者である場合は、高額療養費の支給要件が変わります。その場合は、この書類は提出せずに健康保険組合へお問合せください。

記入例

病名は正確でなくても結構です。わかる範囲で必ず記入してください。

外傷(骨折・捻挫等)の場合は、別途『負傷の原因に関する調書』の提出が必要です。
※ 上記注意事項参照!!

入院(通院)予定期間を記入してください

認定証送付先は、1.2.どちらかに○をつけ、社内便の場合は必ずビル名と階数を記入してください。
※注意※
「2.被保険者住所」の場合は、書留郵便のため日中の受取人が必要です。

※健康保険組合処理欄								
決定日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	事務次長	担当者
発効年月日	令和	年	月	日				
有効期限	令和	年	月	日				
発効時の標準報酬月額	健康保険組合 記入欄				年	月	日	
	エ. 26万円以下				年	月	日	
備考					認定証交付対象者			

2カ所 押印
(朱肉使用のもの)

健康保険 限度額適用認定申請書

保険者証 番号	記号	1	番号	12345	社員 番号	999999	
被保険者 情報	氏名	大塚 一郎					
	生年月日	昭和(平成) 4年 5月 3日生 (2)					
	住所	〒102 - 0073 東京都 〇〇区 〇〇〇 〇-〇-〇 Tel. 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (日中連絡可能なもの。携帯可。)					
認定 者欄	認定証 交付対象者 (被保険者の場合は記入不要)	氏名	大塚 華子		被保険者 との続柄	妻	
		生年月日	昭和(平成)令和 6年 5月 3日生 (26才)		性別	男(女)	
	病名	虫垂炎				外傷性の負傷によるものですか	はい(いいえ)
	療養予定期間	令和 1年 6月 3日 ~ 令和 1年 7月 31日					
希望 送付	認定証送付先	1. 被保険者勤務先(社内便) →		ビル名	大宮〇〇第2ビル ※記入必須		
	※ 該当に○	2. 被保険者住所(書留)		5階			
	被保険者住所・勤務先 への送付を希望 する場合のみ記入して ください	宛名(フルネーム)			被保険者との関係		
		Tel	- - (日中連絡可能なもの。携帯可。)				
		※医療機関に送付希望の場合は、必ず事前に医療機関に送付可能を確認して下さい。					

認定証交付前に、急ぎでお問い合わせする場合がありますので、日中連絡可能な電話番号を必ず記入してください

認定証の送付先を、1.被保険者住所 2.勤務先以外にしたい場合のみ記入してください。

※注意※ 医療機関への送付を希望する場合は、必ず医療機関に事前に許可を得てください。