

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号			
被保険者	氏名	⑩	生年月日	S H	年 月 日	性別 男女
適用対象者	氏名		続柄			性別 男女
	生年月日	S H	年 月 日			
	医療機関名					
	入院・外来の区別	入院・外来				
	予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
「認定証」の送付先 右記のいずれかに✓ (選択がない場合は社内 便にて送付します。) 送付先をご記入下さい→	<input type="checkbox"/> 社内便	事業所総務事務担当者経由で送付いたします				
	<input type="checkbox"/> 自宅へ 郵送	〒 -				
備 考 [健保等使用欄]						
<small>被保険者の記号番号に代えて個人番号で申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)は備考欄に記入してください。尚、個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 □本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)</small>						

上記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。

平成 年 月 日提出

事業主 証明欄	申請者が住民税非課税世帯の場合は✓をお願いします。該当者 <input type="checkbox"/>
	事業主 ⑩



- 注 意
1. 認定証の有効期間は原則として、申請のあった月の1日から入院は3ヶ月間、外来は6ヶ月間としています。長期療養となる場合は、再度申請をお願いします。
 2. 認定証と保険証を医療機関の窓口で提示すると、自己負担限度額までの支払いとなります。食事代及び保険適用外の治療や差額ベッド等は自己負担限度額には含まれません。
 3. この制度を利用しなくても今までどおり約3ヵ月後に健保から高額療養費と付加給付費が支給されます。