

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 99	番号 9999
適用対象者 治療される方	被保険者 氏名	健 保 太 朗 (印)	生年月日 (S)H 30年 1月 1日 性別 (男)女
	氏名	健 保 花 子	続柄 妻 性別 (男)女
	生年月日	(S)H 32年 2月 1日	
	医療機関名	新宿モノリス病院	
	入院・外来の区別	(入院) 外 来	
	予定期間	平成 24 年 4 月 10 日 ~ 平成 24 年 5 月 20 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 checked="" 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	〒 - 自宅への郵送を希望される 場合は、自宅の住所を必ず 記入してください。
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 ✓）</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

事業主が記入・捺印 します。	国民税非課税世帯の場合は✓をお願いします。該当者 □
事業主 証明欄	〇〇株式会社 事業主 (印)



- 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代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。