

| | | |
|-----------|--------|----------|
| 健保 使用欄 | 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| | 標準報酬月額 | 千円 |
| | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ |

決裁日付印

| | | | |
|------|-----|---------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 事務課(係)長 | 係 |
| | | | |

有効期限は最長初めて到来する8月末日まで

健康保険限度額適用認定申請書

※ この申請書につきましては「被保険者から直接健保組合へ申請及び健保組合から被保険者へ直接送付」可能です。

※ 太線内、丁寧に記入ください。

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|-------------------|
| 被保険者証の 記号および番号 | 記号・番号は保険証に記載してあります。 — | (被保険者以外が申請書される場合は、こちらに申請代理人氏名をご記入ください。) | |
| 被保険者の氏名 | 自署の場合は押印を省略できます。 ⑩ | 被保険者の生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 認定証交付対象者欄<該当する□にチェック(☑)をつけてください。> | | | |
| 対象者は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。 | | <input type="checkbox"/> 被保険者本人 → ③～⑥記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → ①～⑥を記入してください。 | |
| ① 対象者の氏名 | | ② 対象者の生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| ③ 療養予定期間 (※入院の場合、入院予定月) | 入院期間または外来治療期間を記入します。終了日が未定であれば「空欄」でも構いません。 ※ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 | ※記載が無い場合は、原則受付した月の1日から、初めて到来する8月末日有効となります。 | |
| ④ 医療機関名 | 治療を受ける医療機関名を記入します。 | | |
| ⑤ 外傷性による傷病 | いいえ <input type="radio"/> <input type="radio"/> はい ⇒ | 交通事故等の第三者行為・工作中(業務上)・通勤途上・自分の不注意・その他() | |
| ⑥ 限度額適用認定証の送付先 | 限度額適用認定証は原則的に職場(任意継続の方はご自宅)へお送りします。職場(任意継続の方はご自宅)以外の場合のみ下記にお書きください。 | | |
| ※ご自宅、病院宛(病棟・病室番号)等、ご希望の送付先をご記入ください。 | 住所 | (〒 —) 記入がない場合は社内便にて送付します。 | |
| | 宛名 | | |

<注意事項>

1. 「認定証」の発効年月日を遡及することはできません、ご注意ください。
2. 「認定証」の発効年月日は、健保組合で受付された月の初日になります。但し、現在の標準報酬月額によって、窓口での自己負担限度額が変更になりますので、入院の場合、入院予定月の初日になります。
3. 会計ごとに、「健康保険証」と「認定証」を医療機関の窓口にご提示ください。
4. 交通事故等の第三者行為による傷病 ⇒ 限度額適用認定申請書の前に、「第三者行為による傷病である旨」を健保組合へご報告ください。
5. 工作中(業務上)・通勤途上に発生した傷病 ⇒ 労災保険での対応となります場合、健康保険適用外のため、限度額適用認定証が発行できません。念のため、会社側に確認させて頂き、対応させていただきます。

受付日付印