

健康保険限度額適用認定申請書

| | | 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 扱者 | | |
|--|--|-----------------------------|----------------|------|----------|---------------------------------|----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号一番号 | — | | | 事業所名 | | |
| | 被保険者 | 氏名 | | | | 電話番号 <small>(日中の連絡先)</small> | |
| | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 適用対象者 | 氏名 | | | | 被保険者 との続柄 | |
| | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 男 ・ 女 |
| | 被保険者 (適用対象者)の住所 | 〒 - | | | | | |
| | 区分 | 入院 ・ 通院 | | | | | |
| | 交付必要期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 頃まで | | | | | |
| 認定証の送付先 | <input type="checkbox"/> 会社宛 <input type="checkbox"/> 上記被保険者の住所宛 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 傷病の原因は、第三者の行為(交通事故など)によるものですか？ 第三者行為による受診について保険証を使う場合は、健保組合への届けが別途必要です。 | | | | | はい ・ いいえ | | |

★注意事項★

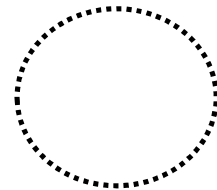
本認定証の発効年月日については、原則、健康保険組合が受付した日の属する月の初日となります。

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。
令和 年 月 日 提出

【処理欄】

受付年月日

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| 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 |
| | 70歳以上 標準報酬月額28万円～50万円：現役並みⅠ <input type="checkbox"/> | | | |
| 70歳以上 標準報酬月額53万円～79万円：現役並みⅡ <input type="checkbox"/> | | | | |



- ※標準報酬月額83万円以上：ア
- ※標準報酬月額53万円～79万円：イ
- ※標準報酬月額28万円～50万円：ウ
- ※標準報酬月額26万円以下：エ