

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

		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-番号	-			事業所名				
	被保険者	氏名				電話番号 (日中の連絡先)			
		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	・
	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。

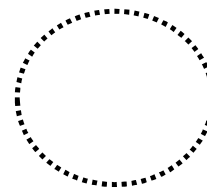
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

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