

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、健康保険限度額適用認定証がなくても、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。ぜひマイナ保険証をご利用ください。

		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
	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
被保険者の住所	〒				
認定期間	健康保険組合が受付した日の属する月の1日から 原則、次の 8 月 31 日 まで (最大1年間) ※ 医療機関から認定開始月前の認定証を求められている場合は、 以下を記入してください。 医療機関名: 受診科: 担当者名: 使用開始日: 年 月 日				
認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 会社宛 <input type="checkbox"/> 被保険者の住所宛 <input type="checkbox"/> その他 (※送付先の住所、氏名を記載してください。)				
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					

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】

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 標準報酬月額 83万円以上	イ 標準報酬月額 53万円～79万円	ウ 標準報酬月額 28万円～50万円	エ 標準報酬月額 26万円以下
	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"/>			

受付年月日

