

|                |      |
|----------------|------|
| 所属<br>支社名      |      |
| 連絡先(IPコード・内線等) | 担当者名 |
|                | 印    |

| ※健保処理欄 |     |     |
|--------|-----|-----|
| 常務理事   | 事務長 | 担当者 |
|        |     |     |

◆申請の前に…

- ・マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
- ・70歳以上で、高齢受給者証に記載された自己負担が2割、もしくは3割で標準報酬月額が83万円以上の方は、この申請は不要です。

## 健康保険 限度額適用認定申請書

申請日: 令和 年 月 日

|  |  |                               |             |                    |
|--|--|-------------------------------|-------------|--------------------|
| 記号番号枝番   | 記号   | 番号                            | 枝番          | 00                 |
| 被保険者   | 氏名   | 生年月日                          | 昭・平         | 年 月 日              |
| 適用対象者<br>(認定証を使う方)   | 氏名<br><small>※本人は同上と記入</small>                                 | 生年月日                          | 昭・平・令       | 年 月 日              |
|  | 続柄   | <small>妻・長男・二女等記入ください</small> | 性別          | 男 ・ 女              |
| 目的(いずれかに○)   | 入院 ・ 外来(薬局) ・ 入院・外来両方  |                               |             |                    |
| 使用期間(予定)   | 令和 年 月 ～ 令和 年 月 (最長、直後に到来する8月まで)                               |                               |             |                    |
|  | <input type="checkbox"/> 1年以上入院・通院する見込みがあります(該当の場合は✓を記入してください) |                               |             |                    |
| ケガの場合に記入   | 年月日  | 令和 年 月 日( ) 午前・午後 時頃          |             |                    |
|  | 場所   |                               |             |                    |
|  | 状況   |                               |             |                    |
| 次のいずれかに✓を記入してください。   |  |                               |             |                    |
| <input type="checkbox"/> 通勤途中・業務中のケガ ⇒ 労災が適用され健康保険は使えないため、この申請はできません。<br><input type="checkbox"/> 第三者行為によるケガ ⇒ この申請を提出する前に健保組合へ連絡してください。【TEL:03-5767-7123】<br><input type="checkbox"/> 通勤途中・業務中のケガ、第三者行為によるケガのいずれでもない。 |  |                               |             |                    |
| 送付先<br>(いずれかに○)  | 自宅   | 自宅以外( )                       | 事業所・所属部署・支社 |                    |
|  | <b>★あて先記入の封筒に、460円分の切手(書留料金分)を貼付して添付。受取人が必要となりますのでご注意ください</b>  |                               |             | ※通常は左上部の所属宛に送付します。 |

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。

- \* 退院・高額治療が終了・有効期限切れの際は限度額適用認定証は、健保組合へ返却してください。
- \* 8月から9月にわたり認定証が必要な場合、8月末までと9月以降の申請書2枚が必要になります。
- \* 月額変更により所得区分が変更になる見込みの場合は有効期限を短縮することがありますが、後日更新した認定証を交付します。(申請書の再提出は不要です。)
- \* 本人が記入できない事情がある場合、ご家族又は事業所担当者が記入してもかまいません。

| ※健保<br>処理欄 | 発効年月日～有効期限 |              | 適用区分 |       |      | 送付日 |   |
|------------|------------|--------------|------|-------|------|-----|---|
|            | 1          | 年 月1日～ 年 月末日 | ア    | イ 現II | ウ 現I |     | エ |
|            | 2          | 年 月1日～ 年 月末日 | ア    | イ 現II | ウ 現I |     | エ |
|            | 3          | 年 月1日～ 年 月末日 | ア    | イ 現II | ウ 現I |     | エ |