

所属 支社名		支社長 確認印 (太陽営業職 員のみ押印)
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名	
	印	印

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

※平成30年8月1日より、70歳以上の方も自己負担割合3割の方で所得区分Ⅰ・Ⅱの方は、限度額適用とするためには申請が必要となりましたのでご注意ください。

申請日: 令和 年 月 日

★限度額適用認定証を申請せず、窓口で全額支払った場合でも、後日返金されますので損得はありません。カード払いできる医療機関も多いので、支払方法につきましては、個々にご確認ください。

太枠内もれなくご記入下さい

事業所	名称			
記号番号	記号	番号		
被保険者	氏名・印 <small>自署の場合捺印不要</small>	生年月日 昭・平 年 月 日		
適用対象者 (認定証を使う方) <small>※住所は必須です</small>	氏名 <small>※本人は同上と記入</small>	生年月日 昭・平・令 年 月 日		
	続柄	性別 男・女		
	住所 <small>〒</small>	※適用対象者の住所を記入		
使用目的 <small>【注意】以下については保険適用外です ★通勤途中・業務中の事故→労災適用 ★第三者行為による傷病→「第三者行為による傷病届」を届出ください(TOPページ→病気やケガをしたとき→交通事故にあったとき、を参照)</small>	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 日～ 令和 年 月 日迄		
	手術日(予定)	令和 年 月 日	※入院期間・手術日はわかる範囲の記入で結構です	
	病院名・薬局名等			
	傷病名			
※ケガの場合に記入	●月日: 令和 年 月 日 () 午前・午後 時頃 ●場所: ●状況:			
発効開始希望月 (いずれかに○)	健保受付日の前月1日から <small>※前月末清算で病院に待ってもらえる場合</small>		健保受付月の1日から <small>※通常はこちらです</small>	
送付先 (いずれかに○)	自宅・() 希望 ★あて先記入の封筒に、404円分の切手(書留料金分)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご注意下さい		事業所・所属部署・支社 ↑ ※通常は左上の所属宛てに送付します	

※清算後に遡及することは原則できません。

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、健保まで返却下さい
 ※8月から9月に渡り必要な場合は原則8月末までの申請書と9月以降の申請書二枚が必要です
 ※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場合は事業所担当者が記載し職印対応でかまいません

※健保 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	