

記入見本

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

申請日:令和 元年5月8日

※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。

「事業所」欄は
任意継続者は記入不要

事業所	名称	太陽生命保険(株) 東京支社		
記号番号	記号	1000	番号	12345
被保険者	氏名・印	太陽 美月	生年月日	昭・平 60年 12月 12日
適用対象者 (認定証を使う方)	氏名	同上	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	続柄	本人	性別	男・女
	住所	〒0000-0000 東京都中央区日本橋0-0-0 太陽マンション111		
使用目的	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)	令和元年5月10日から		令和元年12月20日まで	
手術日(予定)	令和元年5月12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	ひまわり病院			
傷病名	大腿骨骨折			
※ケガの場合に記入	●月日:令和元年5月10日 15時頃 ●場所:自宅のマンション内 ●状況:重い荷物を持って階段を上り途中で足を踏み外し落下			
発効開始希望月(いずれかに○)	健保受付日の前月1日から ※前月末清算で病院に待ってもらえる場合		健保受付月の1日から ※通常はこちらです	
送付先(いずれかに○)	自宅・()希望		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	

★あて先記入の封筒に、404円分の切手(書留料金です)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ください。

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。

任意継続者はご自宅に送付します
(返信用封筒は不要)

- 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
- 自費で支払った場合でも、高額該当分は、後日返金しますので損得はありません
クレジットカード払いできる医療機関も多いので、支払方法は個々にご検討ください