

健康保険限度額適用認定申請書

下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。また、事業主を経由して申請することに同意します。

届出年月日 令和 年 月 日

記号・番号 (保険証左上に記載)	—	事業所名
被保険者氏名		被保険者 TEL

認定対象者	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄
	療養予定期間 (必ずご記入ください)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで			

被保険者および療養の受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
申請代行者	氏名 または 事業所名	印	被保険者との関係
	電話番号	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他

【注意事項】

- 発行する認定証の有効期間は原則申請した月の初日から次の8月末日までの最大12ヵ月間です。
- 限度額適用認定証は、必ず返却が必要です。
- 有効期間経過後、所得区分変更後引き続き認定を受ける場合、認定証を返却し再度の申請が必要です。
- 資格を喪失した場合、保険証記号・番号変更の場合には速やかに認定証を返却してください。
- 被保険者が市区町村民税の非課税者で、所得区分を変更する場合には、非課税証明書を添付の上、申請下さい。

*、「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、窓口でのお支払いが自己負担限度額までとなります。

なお、「限度額適用認定証」を適用せずに医療機関等の窓口でのお支払いが高額な負担となった場合には、あとから自己負担限度額を超えた額が自動払いされる「高額療養費制度」があります。

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当