

※平成 年 月 日交付			
常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書 (新規 ・ 再交付 ・ 更新)

※再交付の場合は旧認定証にかかる滅失届を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		記号	番 号	診療時の標準報酬月額 (※ 健保組合記入欄)	千円
被保険者	フリガナ			勤務先 (配属先) 事業所	名称
	氏 名	(印)			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
適用対象者	フリガナ			被保険者との 続柄	
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
療養 (予 定) 期 間		平成 年 月 ～ 平成 年 月			
被 保 険 者 の 住 所		フリガナ			
		〒 -			
		電話 ()			
限度額認定証の送付先 ※ ○で囲んでください。		1. 被保険者の住所 2. 勤務先事業所 3. その他 (適用対象者、入院先等) [〒 -] 住 所 : 宛 名 :			
備 考					

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。

【留意事項】

※ 70歳以上の方は、「高齢受給者証」を医療機関へ提示することで同様の扱いとなることから、限度額適用認定申請書の発行申請は必要ありません。

※ 限度額認定証の有効期限は、交付した月から初めて到来する8月31日までとなりますので、当該8月31日を超えて入院される場合には、更新の申請手続きをしてください。(なお、申請の際には、旧限度額適用認定証を添付してください。)