●ご記入前にご一読ください。
マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
マイナ保険証の利用については、病院や薬局等にご確認をお願いいたします。

アサヒグループ健康保険組合理事長殿

# 健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者証 | | 氏名 | |
| | 記号 | | | |
| | 番号 | | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 |
| | 住所 | 〒　　－<br><br>TEL | | |
| 事業所 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 使用予定期間 | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |
| 傷病の原因は第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか？ | | | | はい・いいえ |

令和　　年　　月　　日

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。

| 事業所担当者印 |
|---|
| |

**【注意事項】**

- 申請書は必ず事業所経由で申請してください。
- 使用予定期間は最長一年間申請できます。
- 発効年月日は、健保で申請書を受付した日の月初からとなります。
- 25,000円を超える付加給付（一部負担還元金）の支給は従来どおり約3ヵ月後となります。
- 入院時の食事代や差額ベット代及び居住費（光熱水費）の負担などは対象外です。
- 発病または負傷の原因が業務上、または通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付がある為、高額療養費現物給付による限度額適用認定の申請は受け付けられません。
- 使用予定期間内に標準報酬月額の変更となり、適用区分の変更が生じた場合は、改めて認定証を発行いたしますので、差し替え願います。
- 保険証の記号・番号が変更になった場合は、再度、限度証認定証の申請が必要になります。

**【健保使用欄】**

(202402)

| 令和　　年　　月　　日 | | |
|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| 受領印 |
|---|
| |

アサヒグループ健康保険組合理事長殿

水色部分：入力必須

通院の場合も利用可能(平成24年4月～)

# 健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者証 | | 氏名 | 朝日　花子 |
| | 記号 | 1　0 | | |
| | 番号 | ●●●●●●● | 生年月日 | 昭和 平成 ●●年 ●月 ●日 |
| | 住所 | 〒●●●－●●●●<br>●●●●●●●●●<br>TEL ●●●-●●●●-●●●● | | |
| 事業所 | 名称 | アサヒビール株式会社 | | |
| | 所在地 | 東京都墨田区吾妻橋1－23－1 | | |
| 適用対象者 | 氏名 | 朝日　花子 | 被保険者との続柄 | 本人 |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 ●●年 ●月 ●日 | 性別 | 男・女 |
| 使用予定期間 | | 令和　4年　9月　1日　～　令和　5年　8月　31日 | | |
| 傷病の原因は第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか？ | | | | はい・いいえ |

ZEUS登録の現住所

原籍会社名・本社住所

任意継続の方は、任意継続と記入、所在地の記載

対象者の氏名等

最長一年申請可能。
（対象月の1日～末日まで）

どちらかに○

令和　　年　　月　　日

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。

| 事業所担当者印 |
|---|
| |

【注意事項】

- 申請書は必ず事業所経由で申請してください。
- 使用予定期間は最長一年間申請できます。
- 発効年月日は、健保で申請書を受付した日の月初からとなります。
- 25,000円を超える付加給付（一部負担還元金）の支給は従来どおり約3ヵ月後となります。
- 入院時の食事代や差額ベット代及び居住費（光熱水費）の負担などは対象外です。
- 発病または負傷の原因が業務上、または通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付がある為、高額療養費現物給付による限度額適用認定の申請は受け付けられません。
- 使用予定期間内に標準報酬月額の変更があった場合は、適用区分の変更が生じ改めて認定証を、発行いたします。

【健保使用欄】

| 令和　　年　　月　　日 | | |
|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| 受領印 |
|---|
| |