

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	(印)			
	記 号						
	番 号		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住 所	〒 TEL					
事業所 <small>(任意継続の方は記入不要)</small>	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 平成 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

事業所担当者印

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。

【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。

(2019.5)

【健保使用欄】

令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

受領印

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 麦太郎 (印)		
	記号	1 2 3		生年月日	昭和	〇〇年
	番号	4 5 6 7	平成		〇〇年	〇月
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇 TEL 03-1234-5678				
事業所 <small>(任意継続の方は記入不要)</small>	名称	〇〇〇〇〇株式会社				
	所在地	東京都墨田区吾妻橋1-2-1				
適用対象者	氏名	朝日 花子	被保険者との続柄	妻		
	生年月日	昭和 平成 令和	長期の場合は最長一年間の申請が可能	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 <input checked="" type="radio"/> いいえ		

令和 年 月 日

事業所担当者印

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。

【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。

(2019.5)

【健保使用欄】

令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者	

受領印

受領印