

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		番号		記入日	令和 年 月 日	
被保険者	氏名		昭和 年 月 日 性別 男・女				署名 又は印
	生年月日						
適用対象者 (被保険者以外の場合記入)	氏名		被保険者との続柄				
	生年月日		昭和 年 月 日 性別 男・女				
入院予定日		年 月 日					
退院予定日		年 月 日 未定					
【認定証の送付先】 右記のいずれかにレ (選択がない場合は 社内便にて送付しま す)	<input type="checkbox"/> 社内便		大崎 福岡 その他 ()		所属		
	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送		〒				
備考							

※	申請代行者氏名・印	印	被保険者との続柄
	申請代行者のご連絡先		
	申請代行の理由 1.被保険者本人が入院中で外出できないため。 2.その他 []		

※被保険者、認定証交付適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

注意事項

- ・ 限度額認定証の有効期限は原則として、申請のあった月の1日から3ヶ月間とします。
- ・ 限度額認定証の有効期限に達した場合、再度申請を行っていただき限度額認定を受けることとなります。
- ・ 限度額認定証と保険証を医療機関の窓口に提示すると、自己負担限度額までの支払となります。
- ・ 食事代及び保険適用外の治療や差額ベット代等は自己負担限度額には含まれません。
- ・ この制度を利用しなくても、今までどおり約3ヶ月後に健保から高額療養費と付加給付費が支給されます。

*受付日付印

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- ・ 有効期限に達した場合。
- ・ 被保険者が資格を喪失した場合。
- ・ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- ・ 認定の条件に該当しなくなった場合。
- ・ 適用対象者が70歳に達する月の翌月に至った場合。

