

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書(ア・イ・ウ・エ)

被 保 険 者	記号一番号	—	所属事業所	
	氏名		生年月日	年 月 日
対 象 者 認 定 交 付	氏名		生年月日	年 月 日
	被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
交付必要期間 (入院予定期間など)		年 月 日 ~ 年 月 日		
医療費が高額となる理由及び病名				

注意事項

- 認定書の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)
- 有効期限は、原則として申請月の翌月末までとします。長期入院や、継続して高額な医療を受ける予定のある方は、健康保険組合へご相談下さい。
- 被保険者が住民税非課税の場合は、非課税証明書を添付の上で、別途用意しております「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」(オ・II・I)にて申請をお願いします。
- 認定証発行後に収入が増減し、適用区分が変更になった場合は、医療費の還付または徴収をする可能性がございますので、ご了承願います。
- 適用区分は個人情報となります。本申請の提出をもって、認定証による適用区分情報の開示を、申請者が了承したものとさせていただきますので、ご了承願います。
- 限度額適用認定証は使用後に**必ずご返却下さい**。紛失をされた場合は速やかに健康保険組合までご連絡下さい。

注意事項の内容を了承し、上記の通り、健康保険限度額適用認定書の発行を申請します。

(被保険者)

申請日 年 月 日

〒 - 住所

連絡先 TEL

氏名 _____

送付希望先

被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望される場合
下記に記入ください。

〒 -

連絡先 TEL
氏名 _____

健保受付日付印

健 保 使 用 欄	適用区分	<input type="checkbox"/> ア 標準報酬月額83万円以上 <input type="checkbox"/> イ 標準報酬月額53万～83万円未満 <input type="checkbox"/> ウ 標準報酬月額28万～53万円未満 <input type="checkbox"/> エ 標準報酬月額28万円未満			
	交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	回収年月日	年 月 日	