

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証の 記号—番号 | | 記号 99 | 番号 1234 | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | 健保 太郎 | 事業所 名称 近畿日本ツーリスト株式会社 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 50 年 12 月 14 日 | 所在地 東京都新宿区西新宿2-6-1 | | | | | | | | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | 健保 花子 | 被保険者との続柄 妻 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 55 年 6 月 7 日 | 性別 男 ・ 女 | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | 1:入院するため | 入院する期間 令和 4 年 10 月から 令和 4 年 12 月まで(予定) | | | | | | | | | | |
| 1 or 2のいずれかを選択ご記入ください | | 2:外来治療で、高額な医療費となるため | 高額となる期間 令和 年 月から 令和 年 月まで(予定) ※ 医師、薬剤師に相談の上、ご申請ください | | | | | | | | | | |
| 被保険者(適用対象者)の住所 | | 〒 185-0023 東京都国分寺市西元町3-5-8 | | | | | | | | | | | |
| 限度額適用認定証の送付先 | | 〒 185-0023 東京都国分寺市西元町3-5-8 電話 042 - 567 - 8901 | | | | | | | | | | | |
| はっきり、丁寧に | | 自宅 ・ 勤務先 ・ その他() | | | | | | | | | | | |
| 被保険者のマイナンバー記入欄 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、 記入不要 | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「 個人番号確認 」をするための添付書類が必要になります。 | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり「健康保険限度額適用認定証」の交付を、※「被保険者証」を添えて申請します。

※ 「被保険者証」は、受診される方ご本人の原本カードを同封ください。

[注意] 以下に該当した場合は、認定証を速やかにご返却ください。

- ① 被保険者が資格を喪失したとき。
- ② 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
- ③ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
- ④ 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。
- ⑤ 適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったとき。
- ⑥ 認定証の有効期限に達したとき。
- ⑦ 適用対象者が後期高齢者医療保険の加入者となったとき。

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 | |
| 月額/適用区分 | 有効期限 | 交付日 | 送付日 | 備考 |
| 千円 アイ・ウ・エ・オ | R , , | R , , | R , , | |

付 年 月 日
 受

R03.12改