

決定日	年 月 日
-----	-------

常務理事	事務長	担当者	被扶養者 台帳照会印

### 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者	記号・番号	・	所 属 事業所	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		

適用対象者	氏 名		続柄	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女

申請理由 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 継続申請	<input type="checkbox"/> 紛失・き損
傷病の原因 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 出産関係	<input type="checkbox"/> 怪我
療養内容 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院後・通院	<input type="checkbox"/> 通院
適用期間 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> 1年 理由：		

※適用期間は、申請書が健保組合に届いた月の1日とし、期間は最長 1年(または喪失予定日)までとなります。

原則、送付期は被保険者の届出住所ですが、入院中等でやむを得ず別の住所に送付希望される方のみご記入ください。	〒
---	---

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。

令和 年 月 日

受 付 日 付 印

#### 注意事項

1. 自己負担限度額は医療機関毎の計算となります。
2. 入院・通院時の1ヶ月(1日～末日)ごとの病院窓口での支払額が自己負担限度額を超える場合に申請対象となります。
3. 入院時の食事代や差額ベッド代および居住費(光熱水費)などの負担分は対象外です。
4. 限度額適用認定証は必ず返却してください。紛失した場合は、限度額認定証滅失届を提出してください。