

・病院に支払う医療費が高額になる場合、「健康保険限度額適用認定証」を事前に提示すれば、病院に支払う額が限度額に抑えられます。その認定証を発行依頼する申請書です。

・もし提示しなかった場合には、限度額を超えた額を後日健保組合が還付します。

・認定証の使用終了時は、**必ず健康保険組合まで返却ください。**

次回の認定証発行は、この認定証の返却を条件とします。

※健保組合使用欄			
理事長	常務理事	事務局長	担当

## 健康保険限度額適用認定申請書

新規・更新の種別 (該当に○)	新 規 ・ 更 新				
保険証記号番号	記号		番号		
被保険者 (社員本人) 氏 名			男 ・ 女		
電話番号 (日中の連絡先)	—	—	(自宅・携帯・職場)		
適用対象者 (患者)	氏 名			男 ・ 女	
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	続柄 (該当に○) 本人・妻・夫 長男・次男・三男 長女・次女・三女 その他( )	
	住 所	〒 —			
	傷病名				
	医療機関名				
入院・外来の種別 (該当に○,期間を記入。 入院・外来ともに使用する場合は両方記入。)	入 院	期間：令和	年 月 日～令和	年 月 日	
	外 来	期間：令和	年 月 日～令和	年 月 日	
※更新の時は記入してください 前回の有効期限	令和			年 月 日～令和	年 月 日
※更新の時は記入してください 更新の理由					
送付先： <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅	原則職場送付。職場で受取できない場合は自宅送付可。なお職場・自宅以外へ送付を希望する場合は下欄に送付先を記入 〒 —				

健保組合 使用欄	処理日	令和	年 月 日	備考
	証発行日	令和	年 月 日	
	有効期限	令和	年 月 日	
	証回収日	令和	年 月 日	

健保組合受付印