

- ・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、高額療養費制度により病院に支払う額が限度額に抑えられます。
- ・マイナ保険証を利用すれば、この申請書による手続きを行うことなく、病院に支払う額が限度額に抑えられます。マイナ保険証を是非ご利用ください。

| ※健保組合使用欄 |      |      |    |
|----------|------|------|----|
| 理事長      | 常務理事 | 事務局長 | 担当 |
|          |      |      |    |

- ・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。  
次の認定証発行は、この認定証の返却を条件とします。

健康保険限度額適用認定申請書

|                                                                    |       |                                                               |                      |    |       |              |                                          |
|--------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------|--------------|------------------------------------------|
| 新規・更新の種別<br>(該当に○)                                                 |       | 新 規 ・ 更 新                                                     |                      |    |       |              |                                          |
| 被保険者等<br>記号番号                                                      |       | 記号                                                            |                      | 番号 |       |              |                                          |
| 被保険者<br>(社員本人)<br>氏 名                                              |       |                                                               |                      |    | 男 ・ 女 |              |                                          |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                                   |       | — — (自宅 ・ 携帯 ・ 職場)                                            |                      |    |       |              |                                          |
| 適用対象者<br>(患者)                                                      | 氏 名   |                                                               |                      |    | 男 ・ 女 |              |                                          |
|                                                                    | 生年月日  | 昭和・平成・令和                                                      | 年                    | 月  | 日     | 続柄<br>(該当に○) | 本人・妻・夫<br>長男・次男・三男<br>長女・次女・三女<br>その他( ) |
|                                                                    | 住 所   | 〒 —                                                           |                      |    |       |              |                                          |
|                                                                    | 傷病名   |                                                               |                      |    |       |              |                                          |
|                                                                    | 医療機関名 |                                                               |                      |    |       |              |                                          |
| 入院・外来の種別<br>(該当に○,期間を記入。<br>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<br>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<br>更新の理由                                            |       |                                                               |                      |    |       |              |                                          |
| 送付先：<br><input type="checkbox"/> 職場<br><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<br>〒 — |                      |    |       |              |                                          |

|             |      |          |    |  |
|-------------|------|----------|----|--|
| 健保組合<br>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 |
|         |