

健康保険組合記入欄	
交付年月日	年 月 日
発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

(注) 申請者が『住民税非課税者』の場合は、別途申請書が必要です

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名			生年月日 昭・平 年 月 日
	住所	〒 - TEL ()		
事業所	名称			
	所在地			
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女
認定証を提出する医療機関名	名称			
	所在地			
入院・通院の見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
認定証の希望送付先 (いずれかにレ)	<input type="checkbox"/> 事業所・勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅住所 <input type="checkbox"/> その他 [〒 -] 宛先 _____ 様			
病気または負傷の原因 (いずれかにレ)	1. 第三者行為(交通事故・けんか)によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 業務上や、通勤途上の事故などによるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ * 上記で「はい」に該当する方は、別途手続きが必要です。			
医療費助成の有無 (いずれかにレ)	病院での窓口負担の全額又は一部について、 国や地方自治体等から医療費助成を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

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。

年 月 日 提出

受付日付印

<注意事項>

- ◆この申請書により交付される『限度額適用認定証』を医療機関に提示すると、高額療養費が適用され、窓口負担額が軽減されます。