

| 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 | 3907 | 番号 | 00000 | |
| 被保険者 | 氏名 | 北村太郎 | | 生年月日 | 昭・平 50年5月5日 |
| | 住所 | 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室 TEL 000(000)0000 | | | |
| 事業所 | 名称 | カメラのキタムラ 横浜/新横浜店 | | | |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市港北区新横浜4-1-16 | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | 北村花子 | 被保険者との続柄 | 妻 | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 55年6月6日 | 性別 | 男・女 | |
| 認定証を提出する医療機関名 | 名称 | 0000病院 | | | |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市港北区新横浜0000-1 | | | |
| 入院・通院の見込期間 | 令和00年12月3日 ~ 令和00年12月15日 | | | | |
| 認定証の希望送付先 (いずれかにレ) | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

令和00年11月25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。