

常務理事	事務長	課長・L	担当者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

太枠内をご記入ください。

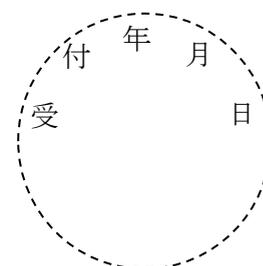
保険者番号	06270680		事業所	会社名	
被保険者証記号番号	—			所属部署	
被保険者	氏名				
	生年月日	S・H・R 年 月 日	昼間連絡可能な電話番号		
適用対象者	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	S・H・R 年 月 日			
被保険者住所	〒				
(入院される場合は、ご記入ください。) 入院予定年月日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
有効期限	6ヶ月				
限度額認定証送付先(原則職場受取) 本人入院等で職場で受取できない方のみに送付先住所(自宅・留守宅等)を記入。	〒				

<注意事項>

- * 外来利用・入院利用ともこの申請書で申請してください。限度額適用認定証は共通です。
- * 申請書は、ご記入後、社内便もしくは郵送にて健康保険組合へ送付してください。
- * 受付日の月の初日から適用となります。原則的に受付日の翌日に証を返送します。
- * 武田薬品および任意継続の方は**宛先を記入した返信用封筒を同封し**、健康保険組合へ提出してください。
- * 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者へ提出してください。
- * **退院等でご不要になった場合は、有効期限にかかわらず、速やかに返却してください。**
- * **医療費について公費受給できる方は、手続きをとり、必ず健康保険組合までご連絡ください。**

健保記入欄

有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
区分	ア (83万以上)・イ (53万以上83万未満)・ウ (28万以上53万未満)・エ (28万未満)		
	オ (住民税非課税者) ※「非課税証明書」を提出してもらい事前に登録が必要		
	70歳以上	28万円以上 50万円未満 53万円以上 79万円未満	現役並み I 現役並み II
月額	千円		
送付年月日	R 年 月 日		



マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。