健康保険限度額適用認定申請書

記入見本

認定証の交付を受けるには、事前申請が必要です。
事前申請せずに高額な医療費を支払った場合は、自己負担限度額を超えた金額を
約3 か月後以降に自動的に（申請不要）健保から給付しますので、最終的な自己負担額は同じです。

資生堂健康保険組合 理事長 殿

健康保険証	記号	○○○○	番号	○○○○○○	社員番号	○○○○○○	勤務先	○○○○			
被保険者（社員本人）	花椿　太郎						生年月日	◉昭和 ○平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日			
被保険者住所	〒 000 － 0000 ○○○　○○○○　○○○　○○ー○ 電話番号（日中の連絡先） 000-0000-0000										
適用対象者（使用される方）	花椿　花子				被保険者との続柄 妻		生年月日	◉昭和 ○平成 ○令和 ○○年 ○ 月 ○ 日			
認定証の使用期間 （最大 1 年）	医療費が高額になる見込終了年月をご記入ください。（申請月より 1 年以内） 厚生労働省の通達により、申請書が健保に到着した月より前に遡っての申請はできません。 申請書到着月の1日 ～ 令和 ○ 年 ○ 月 まで										
傷病の原因は労災・通災又は第三者の行為によるものですか							○はい	◉いいえ			
はいの場合の発生原因	○仕事中 ○通勤途上 ○交通事故（相手 ○あり ○なし） ○その他（　　）										
被保険者の市区町村民税	◉市区町村民税 **課税** ○市区町村民税 **非課税** ⇒被保険者が市区町村民税非課税の場合は「被保険者の市区町村民税非課税証明書」を添付										
送付希望先 ※被保険者住所以外に送付を希望する場合はこちらに記入してください	住所：〒 宛名： 電話番号： **上記住所以外に送付希望の場合のみ記入してください**										
	送付変更理由	○被保険者本人が入院中のため ○その他（　　）									
申請代行者欄	被保険者が入院中等により被保険者以外の方が申請する場合は、ご記入ください。										
	氏　名						被保険者との関係	（例）家族、事業所担当者など			
	電話番号										
備考欄											

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

＜注意事項＞
発行された認定証は、健康保険証と併せて医療機関等の窓口へ提示してください。
有効期限が切れた認定証は、速やかにご返却ください。
その後も必要な場合は、再度申請してください。

＜申請方法＞
必要事項をご記入のうえ申請してください。

受付印

【資生堂健康保険組合 2022. 12】

Internal