

健康保険 限度額 適用認定 申請書

事業主記入欄	令和 年 月 日				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">常務理事</td> <td style="width: 25%;">事務長</td> <td style="width: 25%;">係員</td> <td style="width: 25%;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				常務理事	事務長	係員	担当者				
	常務理事	事務長	係員	担当者												
	下記の通り被保険者から申請がありましたので届出いたします。 〒 -															
	事業所所在地				担当者印											
事業所名称				健保受付印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>												
事業主氏名																
電話番号 ()																

注) 被保険者が直接、健康保険組合へ申請する場合は事業主の記入及び印は不要です。

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。

被保険者・届出者	HOYA健康保険組合 理事長殿 私（被保険者）は下記のとおり、健康保険限度額認定証発行の申請いたします。 なお、認定証は退院や通院が終了した場合、また有効期限の切れた場合など速やかに返納いたします。										当申請は被保険者が <input type="checkbox"/> 申請したもので間違いありません。 上記に☐があるときは被保険者の捺印を省略できます。			
	被保険者記号		氏名 (フリガナ)		氏名 (氏)		氏名 (名)		生年月日		昭和	年	月	日
	被保険者番号		被保険者住所 (フリガナ)		被保険者住所 (氏)		被保険者住所 (名)		平成					

-- 被扶養者が必要な場合 --

(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日	備考

-- 認定証を必要とする期間および受領方法の記入欄 --

認定証を必要とする期間 ※申請月から最長6ヶ月目の末日まで※		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
認定証受領方法 右記の □ にレ点 をしてください。		<input type="checkbox"/> 事業主経由			<input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 勤務先		
		<input type="checkbox"/> その他			〒 -					
		連絡先電話番号			-			-		

-- 健康保険組合使用欄 --

健保	被保険者資格取得日				被扶養者認定日				標準報酬月額 千円	適用区分	
	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日		ア	標準報酬月額83万円以上
	平成				平成					イ	標準報酬月額53万円～79万円
	令和				令和					ウ	標準報酬月額28万円～50万円
	令和	年	月	日	令和	年	月	日		エ	標準報酬月額26万円以下