

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		常務理事	事務長	係員	担当者
	事業所所在地	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 事業主印 </div>	担当者印		健保受付印	
	事業所名称		印			
	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						当申請は被保険者が	
	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。						<input checked="" type="checkbox"/> 申請したもので間違いありません。	
	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。						上記に印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	生年月日	昭和	年	月	日
** ** *	(氏) ○○○○ (名) ○○○○	フリガナを記入してください。	平成	*	*	*	*	
被保険者番号	住所	健保への届出済住所を記入してください。						

-- 被扶養者が必要な場合 --

(氏) ○○○○	(名) ○○○○	続柄	*	生年月日	昭和	年	月	日	備考
				平成	*	*	*	*	
				令和					

続柄は
長男、長女
のように記入してください。

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	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日	～	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日
※申請月から最長6ヶ月目の末日まで※																					
認定証受領方法	<input type="checkbox"/> 自宅										<input type="checkbox"/> 勤務先										
右記の <input type="checkbox"/> にレ点をしてください。																					
申請月～最長6ヶ月目の末日 (例えば) 04/0701～04/12/31 04/07/15～04/12/31																					
送付先が上記以外の際、を都道府県から記入してください。																					
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		適用区分	
	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日	千円	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	
発行期間(自)				発行期間(至)				工		標準報酬月額26万円以下		
令和	年	月	日	令和	年	月	日					