

常務理事	事務長	健保担当
------	-----	------

健康保険限度額適用認定申請書（任継）

※ この申請は、70歳未満の方が対象です。窓口負担額が高額に該当するかどうかを確認の上で申請してください。

保険証記号・番号		40-401010		被保険者連絡先	999-999-9999
被保険者	カナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 (印)		事業所 会社略号 (OCはロケ) 所属課名(略号)	
	生年月日	昭和 45年 1月 25日 平成			
適用対象者	カナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎		被保険者との続柄	本人
	生年月日	昭和 45年 1月 25日 平成		性別	男・女
申請期間	入院	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		入院開始月になってから、限度額保険証を送付します。 期間が不明な場合は、窓口をご記入ください。	
	外来 (高額になる期間)	H 27年 1月 15日 ~ H 27年 3月 20日		期間が不明な場合は、予定日をご記入ください。	
該当する項目に☑を		<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 負傷 → <ul style="list-style-type: none"> ・第三者行為(交通事故、暴力事件等)に該当しますか? はい・いいえ ・通勤途中または業務中ですか? はい・いいえ 			
適用対象者の住所		〒 _____ 限度額認定証をお受け取りいただける方のご住所を記載(自宅やご家族の住所等)			

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。

平成 27年 1月 10日

注意事項

- ※ 認定証の適用開始日は、申請期間の1日からになります。
- ※ 発行期間は、最長6ヶ月です。その後、継続される場合は、再度申請書を提出してください。
- ※ 窓口負担の目安は、下表のとおりです。

書類の提出日

標準報酬月額	新区分	適用窓口負担額目安同一医療機関/月 (入院費と外来費は別)
標準報酬月額 83万円以上	ア	窓口負担額 252,601円以上
標準報酬月額 53万~79万円	イ	窓口負担額 167,401円以上
標準報酬月額 28万~50万円	ウ	窓口負担額 80,101円以上
標準報酬月額 26万円以下	エ	窓口負担額 57,601円以上

健保記入欄

認定証No.	_____
標準報酬月額	_____ 千円 _____ ア・イ・ウ・エ (標準報酬月額により区分)
有効期限	H 年 月 日 ~ H 年 月 日