

被保険者
家族

健康保険限度額適用認定申請書

起案	年 月 日	専務	常務	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係
決裁	年 月 日								
標準報酬月額	千円	取得	昭和 年 月 日						
限度額該当区分	A ・ B	喪失	平成 年 月 日						
認定証有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日					交付日	年 月 日		

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所	名称 所在地						
	被保険者	氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	適用対象者	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄		
		住所	〒							

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 年 月 日

〒 -

被保険者の住所

氏名

印

出版健康保険組合殿

電話

()

- この届出は、70歳未満の方の入院等に係る高額療養費の支払の特例申請となります。太線枠内は、漏れのないように記入・捺印してください。
- 認定証は療養を受ける際、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
(※窓口での負担が、一般所得者80,100円以上、上位所得者150,000円以上が高額療養費となります。)
- 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合は、再度申請を行い限度額適用認定証を受けることとなります。
- 下記該当の場合は必ず認定証を健保組合に返戻してください。
 - 被保険者が資格を喪失したとき。
 - 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
 - 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
 - 認定証の有効期限に達したとき。
 - 適用対象者が後期高齢者医療制度対象者となったとき。
 - 適用対象者が70歳に達する月の翌月になったとき。

受付日付印