オリンパス健康保険組合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |

健康保険限度額適用認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等記号番号 | | 記号 | | | 番号 | |
| 被保険者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | S H Ｒ　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 適用対象者 | 氏名 |  | | | 続　柄 |  |
| 生年月日 | S　H　R　　　年　　月　　　日 | | |  | |
| 医療機関名 | |  | | | |
| 入院・外来の区別 | | 入　　院　　・　　外　来 | | | |
| 予定期間 | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | |
| 「認定証」の送付先  右記のいずれかに✔  　（選択がない場合は社内便にて送付します。）  送付先をご記入下さい→ | | 【　】社内便 | | 勤務地 |  | |
| 所属名称  ※OT・OMSCは和文所属名称を記載 |  | |
| 【　】自宅へ郵送 | | 〒　　　　- | | |
| 備　　　　　　　　考　 [　健 保 等　使 用 欄　] | | | | | | |
| 被保険者の記号番号に代えて個人番号で申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）は備考欄に記入してください。尚、個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。　　□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合　☑） | | | | | | |

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和　　　年　　 月　　 日提出

注　　意

1. 認定証の有効期間は原則として、申請のあった月の１日から入院は３ヶ月間、外来は６ヶ月間としています。長期療養となる場合は、再度申請をお願いします。
2. 認定証と資格確認書（健康保険証）を医療機関の窓口に提示すると、自己負担限度額までの支払いとなります。食事代及び保険適用外の治療や差額ベッド代等は自己負担限度額には含まれません。
3. 認定証の申請をしなくても、マイナ保険証（マイナンバーカード）を医療機関の窓口に提示することで、自己負担限度額までの支払いにすることが可能です。
4. これらの制度を利用しなくても、今まで通り約３ヶ月後に健保から高額療養費と付加給付が支給されます。
5. 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

提出経路：　　本人→オリンパス健康保険組合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R6.10