

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号 99	番号 9999
被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日 ㊟H 30年 1月 1日
適用対象者	氏名	健保 花子	続柄 妻
	生年月日	㊟HR 32年 2月 1日	
	医療機関名	新宿モリス病院	
	入院・外来の区別	入院 外来	
	予定期間	令和 2年 5月 1日 ~ 令和 2年 5月 20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	新宿モリス
		所属名称 ※OT・OMSC は和文所属名称を記載	〇〇〇部□□G
	【】自宅へ郵送	〒 -	
備 考 [健保等使用欄]			
<small>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 ✓）</small>			

治療される方

自宅への郵送を希望される場合は、自宅の住所を必ず記入してください。

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 2年 4月 15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. 認定証と保険証を医療機関の窓口に表示すると、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等は自己負担限度額には含まれません。
 3. この制度を利用しなくても今までもおり約3ヵ月後に健保から高額療養費と付加給付費が支給されます。