<提出>　被保険者→事業主(会社)または健康保険組合

健保記入	記入例	月　日

承認	常務理事	事務長	係

医療機関ですでに医療費を支払っている場合は、限度額認定証の申請は必要ありません。
その場合、給付金は後日事業主(会社)経由で給付となります。
※自動計算の上、給付しておりますので、健康保険組合には何の申請も必要ありません。

健康保険　限度額適用認定申請書

以下の通り、限度額認定証の発行を申請します。

①申請年月日	令和　1 年　6 月　1 日			
被保険者情報				
②被保険者証等 記号・番号	記号	●●●	番号	▲▲▲▲
③被保険者氏名	健保　太郎　（健保）			
④被保険者住所 電話番号	〒　180-00×× 東京都武蔵野市〇〇1-1-1 日中連絡の取れる電話番号(　0422-××-□□□□　)			

事業主(会社)、または健康保険組合に提出する年月日を記入してください。

「子」ではなく、「長男」「二男」「長女」「二女」などと記入してください。

認定対象者欄(被保険者本人の場合は記入の必要はありません)			
氏名	健保　一郎	続柄	長男

認定証必要期間(始まりと終わりの年月日を必ずご記入ください。最長で1年間分発行できます)	
⑤入院・通院 予定期間	令和　1 年　7 月　1 日　から　令和　1 年　7 月　10 日

始まりの年月日、終わりの年月日とも必ずご記入ください。
期間が定まらない場合は、1年以内であれば大まかな設定で構いません。

限度額認定証送付先(④の被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません)			
*簡易書留にて送付します。事業所(会社)には、原則として送付いたし *被保険者と別居のご家族への送付の場合は、受取をする方の個人名 *病院宛の場合は病院名・病室等ご記入の上、個人名を必ず記入して			
送付先住所 電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号(　　)		
病院名 病室名等		宛名 (個人名)	

申請代行者欄(被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください)			
氏名	印	被保険者との関係	□ 事務担当者　□ その他 □ 家族　(　　)
電話番号 日中連絡のとれる番号		申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中のため □ その他 (　　)

横河電機健康保険組合

令和6年12月改訂

受付日付印

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申請は不要となりますので、
マイナ保険証をご利用ください。

【個人情報の取り扱いについて】
本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。