健保記入欄		
	発行月日	年　月　日
	有効期限	年　月　日

承認印	常務理事	事務長	係

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。

＊①～⑤はどなたも必ずご記入ください。
＊事業主(会社)または、健康保険組合に直接お送りください。
＊保険証を見ながら記入してください。**被保険者情報欄に被扶養者情報の記入をしないでください。**
＊⑤の期間のご指定がない場合（はじまりの年月日の記載はあるが、終わりの年月日の記載がない場合含む）認定証の発行ができません。必ず両年月日とも記入してください。（発行期間は1年間が最大となります）

①申請年月日	令和　年　月　日			
被保険者情報				
②被保険者証の記号・番号	記号		番号	
③被保険者氏名	印			
④被保険者住所電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号(　　)　□勤務先 □自宅 □その他			

療養を受ける者の情報（被保険者本人の場合は記入の必要はありません）			
氏名		続柄	

認定証必要期間（必ずご指定ください。最大で1年間分発行できます）	
⑤入院・通院予定期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日

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ません。 ＊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を必ず記入してください。 ＊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ください。			
送付先住所電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号(　　)　□勤務先 □自宅 □その他		
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	□勤務先　□携帯　□その他	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3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事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

【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。