

健保記入欄	月 日	承	常務理事	事務長	係

記入例

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前に医療機関に再清算が可能かどうか確認してください
 再清算ができない場合は、限度額認定証の申請は必要ありません
 その場合、高額療養費は後日事業主(会社)経由で給付となります
 ※自動計算の上給付となりますので、健康保険組合には何の申請も必要ありません

以下の通り、限度額認定証の発行を申請します。

* (1)～(6)はどなたも必ずご記入ください。

①申請年月日	令和 1 年 6 月 1 日	事業主(会社)、または健康保険組合に提出した年月日を記入してください。
--------	----------------	-------------------------------------

被保険者情報	
②被保険者証の記号・番号	記号 ●●● 番号 ▲▲▲▲

* ⑤の期記載は認定証の

「子」ではなく、「長男」「二男」「長女」「二女」などと記入してください

③被保険者氏名	健保 太郎	
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-××-□□□□) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	健保 一郎
続柄	長男

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 1 年 7 月 1 日 から 令和 1 年 7 月 10 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() <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他

始まりの年月日、終わりの年月日とも必ずご指定ください
 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

病院名	宛名 (個人名)
病室名等	

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
電話番号	日中連絡のとれる番号 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> その他
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他

令和1年6月改訂

受付日付印

【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。