

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当

★印太枠部分ご記入下さい。

★記号 10	★健保番号(社員番号) 99999	★被保険者氏名 東洋 太郎	★生年月日 昭和 平成 52年 11月 25日 令和
適用対象者		★氏名 東洋 花子	★生年月日 昭和 平成 55年 12月 3日 令和
		★被保険者との続柄 妻	★性別 男 ・ 女
		★住所 〒 111 - 2222 〇〇県△△市××町1-1-1	
★限度額適用認定証受け取り方法 (該当する箇所に✓、病院直送の場合は宛先(病室番号も)を空欄にご記入下さい。)			
<input type="checkbox"/> 事業所窓口受取 <input type="checkbox"/> 上記住所 <input checked="" type="checkbox"/> 病院直送 〒 111 - 3333 〇〇県△△市□□町7-6-5 医療法人××病院 西病棟 505号室			

健康保険限度額適用認定証の交付申請にあたり、下の問いに回答します。
(該当する箇所に○や、空欄にご記入下さい。)

1. 今回の申請は、疾病(帝王切開含む)

傷病 (自損・第三者) によるものです。

傷病の場合負傷原因を記入 (バレーボールクラブの試合中、転んで右足首を骨折した)

2. 入院予定期間は、(令和 元年 5月~令和 元年 5月頃)

3. 再入院予定 (有 ・ 無) (令和 年 月頃に ヶ月)

4. 高額医療予定通院期間 (有 ・ 無) (令和 年 月~令和 年 月)

上記の事項は事実と相違ありません。

★届出日 令和 年 月 日 元 5 1 1	誓約書	私は、交通事故や第三者行為による傷病、通勤途上や勤務中に負傷した傷病で、医療機関を受診した場合は、今回発行される『健康保険限度額適用認定証』を医療機関に提示しないことを誓約致します。万が一、提示し給付金を受給した場合は、受給した給付金を請求されても異議申し立て致しません。 又、標準報酬月額改定により医療費の自己負担限度額が変更になり、給付された高額療養費の内、返還金(差額等)が発生した場合、東洋紡健康保険組合へ直ちに返金致します。
★被保険者署名 東洋 太郎		

受付日付印

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

★印太枠部分ご記入下さい。

★記号	★健保番号 (社員番号)	★被保険者氏名	★生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和
適用対象者		★氏名	★生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和
		★被保険者との続柄	★性別 男 ・ 女
		★住所 〒 ー	
★限度額適用認定証受け取り方法 (該当する箇所には✓、病院直送の場合は宛先(病室番号も)を空欄にご記入下さい。)			
<input type="checkbox"/> 事業所窓口受取 <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 病院直送 〒 ー			

健康保険限度額適用認定証の交付申請にあたり、下の問いに回答します。
(該当する箇所に○や、空欄にご記入下さい。)

- 今回の申請は、疾病 (帝王切開手術含む)
傷病 (自損・第三者) によるものです。
傷病の場合負傷原因を記入 ()
- 入院予定期間は、 (令和 年 月～令和 年 月頃)
- 再入院予定 (有 ・ 無) (令和 年 月頃に ヶ月)
- 高額医療予定通院期間 (有 ・ 無) (令和 年 月～令和 年 月)

上記の事項は事実と相違ありません。

★届出日	令和 年 月 日	誓約書	<p>私は、交通事故や第三者行為による傷病、通勤途上や勤務中に負傷した傷病で、医療機関を受診した場合は、今回発行される『健康保険限度額適用認定証』を医療機関に提示しないことを誓約致します。万が一、提示し給付金を受給した場合は、受給した給付金を請求されても異議申し立て致しません。</p> <p>又、標準報酬月額改定により医療費の自己負担限度額が変更になり、給付された高額療養費の内、返還金 (差額等) が発生した場合、東洋紡健康保険組合へ直ちに返金致します。</p>
*必ず被保険者が自ら署名下さい ★被保険者署名			

受付日付印