

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険証の 記号及び番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日 ®		
適用対象者の 氏 名		適用対象者 の生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
適用対象者の 住 所	〒				
事 業 所	名称				
	所在地	〒			
備 考					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

※医療費の自己負担には限度額(高額療養費制度)があります。限度額を超えた分については、この申請書により「限度額適用認定証」の交付を受けて、病院の窓口へ提示することにより病院の支払いを限度額までにすることができます。

注意事項

- ・ 限度額認定証の有効期限に達した場合または限度額認定証の適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合再度申請を行っていただき限度額認定を受けることとなります。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- ・ 被保険者が資格を喪失した場合。
- ・ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- ・ 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。
(適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む。)
- ・ 認定証の有効期限に達したとき。
- ・ 適用対象者が後期高齢者医療の被保険者となったとき。