

## 健康保険限度額適用認定証 交付申請書

被 保 険 者	保険証 記号-番号	-	所属(退職者は空欄で可) 会社名+部署名+地区			
	フリガナ 被保険者氏名	下記の通り申請いたします。 令和 年 月 日				
	被保険者住所	〒 -	電話番号 ( )	-		
認 定 対 象 者	フリガナ 氏名	被保険者から 見た続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	現住所 (同一住所なら 「同上」で可)	〒 -	電話番号 ( )	-		
入 院 す る 場 合	入院する 保険医療機 関 (「未定」でも可)	名称				
		所在地	〒 -	電話番号 ( )	-	
	入院予定期間	入院 予定	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定 ~	退院 予定	令和 年 月 日
認定証の希望送付先(記載がないときは、従業員は部署本人宛、退職者は被保険者住所宛に送付します)						
<input type="checkbox"/> 1. 所属部署本人宛:社内メール(社内メールの運用がない部署に限り、簡易書留で郵送します)						
<input type="checkbox"/> 2. 所属部署総務担当者宛:社内メール <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">担当者の所属・名前</span>						
<input type="checkbox"/> 3. 被保険者住所:簡易書留で郵送します。						
<input type="checkbox"/> 4. 認定対象者住所:簡易書留で郵送します。						
<input type="checkbox"/> 5. 入院医療機関:各自で、医療機関に許可をもらっておいてください。簡易書留で郵送します。						
<b>※ 従業員は、原則として所属部署宛に社内メールで送付します。 本人が入院中など、やむを得ない事情があるときに限り、簡易書留で対応します。</b>						
簡易書留郵送願(従業員が、簡易書留郵便を希望する場合のみ記入)						
下記の理由により、簡易書留の郵送を希望します。						
						被保険者氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

↓ 以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄		常務理事	事務長	担当
交付年月日	令和 年 月 日			
発効年月日	令和 年 月 日			
有効期限	令和 年 月 日			

- \* 添付書類は不要です。入院先が未定でも申請可能です。
- \* 70歳以上で自己負担2割の方は「高齢受給者証」が同じ役目を果たしますので、限度額認定証の申請は不要です。
- \* 限度額認定証は、医療機関窓口での支払いの際に使うものです。  
あらかじめ医療機関に提示することで、本来ですと、数ヵ月後に支給される高額療養費のうち、法定給付分を窓口支払額と相殺して会計します。これにより、一時的な負担額を軽減できます。
- 認定証を提示しなかった場合は、これまでどおり、約4ヵ月後に高額療養費が支給されます。  
(病院から明電健保に届く請求書により自動計算されますので、支給のための手続きは必要ありません)