

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				
	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 <input type="checkbox"/> 未定	
	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 <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 100px;">担当者の所属・名前</td> </tr> </table>					担当者の所属・名前
担当者の所属・名前					
<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。					
※ 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。					
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。 <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 100px;">被保険者氏名</td> </tr> </table>					被保険者氏名
被保険者氏名					

↓ 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						
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、数カ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カ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)