

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	係	係

※太枠内をすべてご記入ください。

				申請日	令和	年	月	日	
被 保 険 者	被保険者証 記号番号	—		事 業 所	会社名				
	氏 名				送付先 事業所				
	生年月日	年	月		日	所属名	※個社の方の記入は任意		
	住 所	〒 —			連絡先 (日中の連絡先)	TEL (内線	)		
認 定 対 象 者	療養を 受ける方			生年月日	年	月	日		
	被保険者との続柄	※子供の場合は長男・長女等の続柄を記入							
入院・通院期間の予定 (健康保険限度額適用認定証の申請期間)				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
傷病の原因 について	<input type="radio"/> 第三者行為（交通事故・けんか等）によるものですか？ <input type="radio"/> 労災・通勤途上災害によるものですか？ ※「はい」の場合は、事前にサンデン健保へご連絡ください								

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。							
	氏 名			被保険者 との関係				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (内線	)		申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )		

以上のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

《健保記入欄》

発効年月日	令和 年 月 日	受 付 印
有 効 期 限	令和 年 月 日	
交付年月日	令和 年 月 日	
標準報酬月額	千円	
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ	
		発送：