

別紙のとおり、認定証を交付いたします。

決 裁：平成 年 月 日
交 付：平成 年 月 日

常務理事	事務長	部 長	業務課 (担当)

健康保険 限度額適用認定申請書

下記のとおり健康保険限度額認定証の交付を申請します。 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

被保険者	証記号番号	2 3 9 - 1 2 3 4	※健保使用欄 月額 _____ 千円 上 位 ・ 一 般 有効期限： 年 月 末日
	氏名	旅 行 育 三 (印)	
	生年月日	(昭)・平 3 0 年 1 0 月 1 0 日	
	住 所 連 絡 先	〒 1 0 5 - 0 0 1 2 東 京 都 港 区 芝 大 門 〇 - 〇 - 〇 Tel 〇 3 (3 〇 Δ 〇) 〇 Δ 〇 Δ	
	勤務先事 業所名称	〇 Δ 〇 Δ 株 式 会 社	

適用対象者	氏名	旅 行 育 三	性 別	(男)・女
	生年月日	(昭)・平 3 0 年 1 0 月 1 0 日	被保険者 との続柄	本人
入院療養を受け る期間 (見込)	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日			
入院療養を受け る傷病原因(番号に〇)	1. ケガなどの外傷性によるもの(※2) (2) 1以外によるもの			
認定証の 希望送付先 (番号に〇)	(1) 上記被保険者宛 2. その他 (下記に記入してください)			
	〒 - 住所：			
	宛名：			
備 考				

- ※1. この申請書は、70歳未満の入院療養時の窓口支払額を、高額療養費の自己負担限度額までで済ませるための「認定証」を発行するものです。必要事項をご記入のうえ、旅行業健保へ提出してください。
- ※2. 入院療養等にかかる傷病原因が、ケガなどの外傷性の場合は「負傷原因届」の添付が必要です。(初回申請時のみ)
- ※3. 「認定書」の効力発生日は、原則として健保組合が申請書を受理した日が属する月の1日からとなります。(認定書に記載されます)
- ※4. 医療機関等窓口へ自己負担額の支払いを済ませた後に「認定書」を提示してもこの適用を受けられません。(原則として事前提示が必要)

受付日付印