

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		課 長	課長補佐	係 長	担当者

### 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 年 月 日

被保険者	証記号番号	—			※健保使用欄 月額_____千円 上位・一般 有効期限： 年 月末日
	氏 名	Ⓜ			
	生年月日	昭・平	年	月 日	
	住 所 連絡先	〒 - Tel ( )			
	勤務先事 業所名称				

適用対象者	氏名			性 別	男・女
	生年月日	昭・平	年	月 日	被保険者 との続柄
入院療養を受け る期間（見込）	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
入院療養を受け る傷病原因(番号に○)	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○)	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. 「認定証」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。（認定証に記載されます）
- ※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「認定証」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