

【健保使用欄】

受付年月日

理事長	常務理事	事務長	担当

認定証作成	令和 年 月 日		
有効期限	自)令和 年 月 日 月間 至)令和 年 月 日		
標準報酬月額 および適用区分	千円 No. <input type="text"/> アイウエオ	※回収日	

虹技健康保険組合 理事長 殿

健康保険限度額適用認定申請書 (新規・更新)

下記のとおり申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

①～⑦に記入、 押印してください。 ※⑧申請代行は、 被保険者がこの申請書の作成 (申請)ができない場合に 限ります。	① 被保険者記号・番号	211 ー	② 事業所名称 【職場名称】	虹技 株式会社 【 】	
	③ 被保険者	氏 名		男・女	⑤ 傷病名をご記入ください
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		○外傷性(ケガまたはケガが原因の病気)ですか? いいえ はい
	④ 適用対象者 (被保険者の場合は記入の 必要はありません)	氏 名		男・女	○第三者行為(けんか・事故など 相手がある)によるものですか? いいえ はい
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(続 柄)	
	⑥ 被保険者の住所 (別居の場合:④対象者住 所)	〒			
	⑦ 高額該当期間 (入院・外来共使用できます) 入院時のみ高額に該当する 方は④、外来時のみの方は ⑤、両方必要な方は④⑤共 に記入。 ※⑥には概ね高額 医療該当予定期間を記入。 不明な時は未記入で構いま せん。	⑧ 入院	入院(予定)期間(退院日が不明な場合は省略可) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ()日間または ()ヶ月間		※⑥ ④⑤を含め、 認定証が 必要な期間
⑧ 外来		限度額以上の支払予定のある期間と1ヶ月あたりの金額 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ()ヶ月間 約 万円/1ヶ月		()ヶ月 (最短)1ヶ月～ (最長)12ヶ月	
被保険者のマイナンバー記載欄 (①被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					
※⑧申請代行者	氏 名		被保険者 との関係	1.配偶者 2.その他()	
	住 所	〒			
申請代行の理由	1.被保険者が入院中で申請手続きができないため 2.その他()		認定証 送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 申請代行者住所	

※注意事項

- この申請を受けた日の属する月の1日から有効となる『限度額適用認定証』が交付されます。
(受付した日の属する月に資格取得および扶養認定されたときはその日)
- 予め入院予定日が分かっている場合は、事前に申請してください。
- [更新]が必要な方は申請用紙をお送りいたします。有効期限が切れる前に健保にご連絡ください。
- 所得区分(ア～オ)が変更になる場合は、一旦回収し、再発行いたします。
- ⑤の原因が外傷性の場合は初回のみ「負傷原因届」第三者行為の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

※次の事項に該当したときは必ず返納してください

- (1) 有効期限に達したとき、または有効期限前に不要になったとき
- (2) 被保険者の資格がなくなったとき、適用対象者の被扶養者が認定外になったとき
- (3) 被保険者の所得区分に変更があったとき
- (4) 適用対象者が70歳に達する翌月または後期高齢者医療制度の対象者となったとき