

【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	H 年 月 日
有効期限	自)H 年 月 日 月間 至)H 年 月 日
標準報酬月額 および適用区分	千円 No. ※回収日 アイウエオ

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 平成

ケガ以外は『いいえ』
ケガの場合は別途
『負傷原因報告書』
を提出して下さい

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せん。

① 被保険者記号・番号	211 — 〇〇〇〇〇〇	② 事業所名称 【職場名称】	虹技 製造G
③ 被保険者	氏名 虹技 太郎 (虹技) 生年月日 昭和 40年 5月 2日 平成	男・女	⑤ 病気またはケガの原因は? ○外傷性(ケガまたはケガが原因の病気)のものですか? 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 虹技 花子 生年月日 昭和 42年 10月 4日 平成	男・女 (続柄) 妻	○第三者行為(けんか・事故の相手がある)によるものですか? いいえ はい
⑥ 被保険者の住所 (別居の場合:④対象者住所)	〒 671-1132 姫路市大津区勤兵衛町◆◆-● TEL 〇〇〇(△△△)●●●●	④の退院日、⑥外来時の高額になる期間が不明な時は空欄のままにしてください。	
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⑥、両方必要な方は④⑥共に記入。※⑦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) H 26年 7月 1日 ~ H 26年 7月 20日 (20)日間または ()ヶ月間 ※⑧ ④⑥を含め、認定証が必要な期間 ⑨ 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 ()ヶ月 H 26年 8月 ~ H 26年 8月 (1)ヶ月間 (約 万円/1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()
申請代行の理由	住所	職場に託送できないときは自宅に簡易書留で郵送可	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

病気などで相手がいない場合は『いいえ』

※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。

事前に申請した場合は、限度額証が必要な月の1日から有効となる証を交付致します。

※次の事項に該当したときは必ず返納してください

- 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
- 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
- 被保険者の所得区分に変更があったとき
- 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