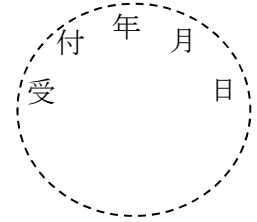


常務理事		

健康保険限度額適用認定申請書



被保険者証記号番号		記号	保険証番号		
被保険者 (本人)	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	年	月		日
適用対象者 (入院等する者)	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
限度額適用認定証の送付先 (○をつけてください)		職場 自宅等			
認定証送付先住所 (認定証の送付先を自宅等にした方のみ記入)		〒			

上記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。

この申請書は70歳未満の方が入院等する場合に、医療機関窓口での自己負担額を高額療養費の支給基準額までにするためのものです。市町村が自己負担額を補助しているため、医療機関窓口で自己負担額を支払わない子ども医療助成・障害者医療助成などに該当する方の場合でも、県外での受診は自己負担が必要となりますので、申請してください。

以下の医療券等を併用して受診される方は申請の必要はありません。

- ・身体障害者 更生医療券
- ・身体障害児 育成医療券
- ・未熟児 養育医療券
- ・特定疾患患者 受給者証
- ・小児慢性特定疾患児 医療券
- など

被保険者が市町村民税非課税対象者となっている方は、健康保険限度額適用認定申請書ではなく、「健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書」により申請してください。この場合は、お住まいの市町村役場で被保険者の非課税証明書をもってからの申請となります。

被保険者とは従業員本人のことです。ご家族の非課税証明書は必要ありません。