

健康保険 限度額適用認定申請書

次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。

常務理事	事務長	課長	担当

① 被保険者証の記号番号	-		
② 事業所	名称		
	所在地		

③ 被保険者	氏名	生年月日
		昭和
		平成 年 月 日 令和

④ 適用対象者	氏名	生年月日	性別	被保険者との続柄
		昭和	男	
		平成 年 月 日 令和	女	

⑤ 被保険者又は適用対象者の住所 ※限度額適用認定証の送付先住所	〒	電話	()
-------------------------------------	---	----	-----

⑥ 限度額適用認定証の 交付を申請する理由は、 ※A～Cのいずれかにチェック	<input type="checkbox"/> (A) 病気による治療のため
	<input type="checkbox"/> (B) 骨折などのケガの治療のため ※「負傷原因届」を一緒にご提出ください（初回のみ提出）
	<input type="checkbox"/> (C) 有効期限が経過したことによる申請

※ 初めて申請される方で、上記の (B) に該当し、限度額適用認定証の交付を希望される場合は、「負傷原因届」をご提出ください。負傷原因届は当組合ホームページより印刷することができます。

⑦ 入院期間 (外来の場合は使用期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	有効期限 ※健康保険組合使用欄 令和 年 月 日
------------------------	---------------------	-----------------------------

負担割合	
------	--

神奈川県自動車整備健康保険組合 TEL 045 - 201 - 1517 FAX 045 - 212 - 5569

(注) 事前にFAX送付により証発行した分については、後日必ず申請書原本を当組合宛にご郵送願います。

- ・ 医療費が高額になると見込まれる場合にご申請ください。
- ・ 被保険者証と併せて限度額適用認定証を医療機関等に提示しますと、医療機関ごとの窓口負担が自己負担限度額で済みます。
- ・ 年齢・被保険者の所得によって自己負担限度額は変わります。
- ・ 限度額適用認定証は有効期限を過ぎましたら、必ず健康保険組合にご返却ください。