

健康保険 自己負担限度額適用認定申請書

勤務先に送付する際の必要な情報です。
詳細に記入ください。

下記のとおり健康保険 自己負担限度額適用認定証の交付を申請します。

記号	番号	被保険者氏名	所 属
9999	1234567	健保 太郎	会社名 : 三菱ケミカル(株) 事業所名 : 福岡事業所 部署名 : 経理部 経理G 例) 三菱ケミカル(株) 岡山事業所 総務部総務人事

交付対象者について記入

限度額適用 対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏 名	健保 花子	続 柄	妻	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日
申請日 (必須)	(申請提出日) 令和 3 年 5 月 10 日 認定証は、申請提出日の属する月の1日より有効の認定証を発行します。 いただいた場合、1月1日から有効の認定証が交付されます。 申請書提出日を記入 7月末の為、8月1日からの更新として申請される場合は 申請日に当年の8月1日とご記入ください。									
緊急入院等	緊急入院等によりやむを得ず、申請日より前の月の認定証が必要な場合は、医療機関に確認のうえ、有効年月日をご記入ください。 令和 年 月 日									
送付先希望	<input type="checkbox"/> ① 勤務先		<input checked="" type="checkbox"/> ② : その他送付先 (自宅・家族住所・病院 等) (下欄記入)							
希望するもの に☑	②の場合の送付先 ※簡易書留郵便での発送になります 〒 100 - 1234 東京都中央区1-2-3 パレスハイツ101 健保 太郎 様 宛									
備考										

※注意 : 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

マイナンバーの記入は不要です

(注意事項)

- 限度額適用認定申請書の提出は入院(通院)前に申請してください。(申請日の属する月の1日より有効のため)
- 入院(通院)前に申請せずに、医療機関で窓口負担3割(2割)をご負担いただいた場合でも自己負担限度額を超えた場合は健保より高額療養費として原則、受診月の3か月~4か月後に自動還付いたします。(健保HP参照)
- 70歳以上75歳未満の方(※以下の「自己負担の割合」は保険証に表示しています)
 - ・ 「自己負担2割」で標準報酬月額26万円以下の方
 - ・ 「自己負担3割」で標準報酬月額83万円以上の方
 } 当申請書の提出不要
(高齢受給者証で限度額適用認定証と同様に自己負担限度額までの支払いに軽減されます。)
- 提出先(以下、事業所担当者へ送付ください。)
 - 記号1000・1001の方 : エムシーヒューマネット 人事運営センター 社会保険担当宛
 - 記号 820の方 : 直接当健保組合へ提出
 - 記号が上記以外の方 : 事業所健保担当宛
- 認定証は申請書が健保へ到着した日から3~4日程で発行します。

受付日付印

事業所担当者

健保組合	担当者	事務長	常務理事