

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

①～③の太枠内を誤りのないようを記入してください。

① 被 保 険 者	申請日: 令和 年 月 日			
	限度額適用認定証の返納誓約 有効期限後または必要でなくなった場合は、ただちに返納いたします。			
	事業所名 (会社名)	記号	番号	
	氏名・印	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
自宅住所	〒 -			TEL

② 療 養 を 受 け る 方	申請できる期間は、最長で今年度末の3/31までです。延長を希望する場合は再度申請が必要です。			
	対象者氏名		続柄 (本人・妻・長男等)	
	交付必要期間 (入院予定期間等)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
	医療機関名称			
	医療機関所在地			
*既に精算が終わっている場合は、自動還付となる為、申請の必要はありません。交付必要期間が過ぎてから申請の場合、その理由を記入		<input type="checkbox"/> 医療機関へ支払う医療費が未払いの為 <input type="checkbox"/> その他()		

③ 送 付 先	自宅を希望された場合でも、健保から社内便で送付可能な事業所へは社内便を優先させることがあります。 医療機関への直接送付は対応できません。			
	<input type="checkbox"/> ①に記入の自宅住所を希望(下記への記入は不要)			
	<input type="checkbox"/> ①以外を希望			
	<input type="checkbox"/> 勤務先(部署名必須) <input type="checkbox"/> 事業所の健保担当者(部署名・氏名必須) <input type="checkbox"/> その他()			
住所	〒 -			TEL
宛名				

④ 申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合に記入してください			
	氏名・印		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事業所の健保担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	TEL		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中のため <input type="checkbox"/> その他()

健保 使用 欄	交付番号	健保受付印	健保確認印	認定証回収日
	No.			
	交付期間			
	～			