

常務理事	事務長	業務部長	審査課長	扱者

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証	記号		番号							
被保険者	氏名	⑨ ※自署の場合は捺印不要です		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	性別	男女
	住所	〒 - 電話 ()								
交付対象者 (対象者が被保険者の場合は不要)	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男女
	送付先 (被保険者住所へ送付する場合は不要)	〒 - 電話 ()								
備考										

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受 付 印

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。

平成 年 月 日

計機健康保険組合理事長 行

※記入しないでください

月 額	千円	改定年月	年 月
発効年月日	年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ

健康保険限度額適用認定証交付申請書の記載要領等について

1. 記載要領

記号番号は、被保険者証に記載されていますので、確認してご記入ください。

被保険者証	記号		番号	
-------	----	--	----	--

被保険者の氏名、捺印（自署なら不要）、生年月日等をご記入ください。

被 保 険 者	氏名	Ⓜ	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男 女
	住所	〒 — 電話 ()					

交付対象者をご記入ください。なお、交付対象者が被保険者の場合は不要です。

交付対象者 (対象者が被保険者の場合は不要)	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 女
---------------------------	----	--	------	----------	-------	----	--------

被保険者住所に記入した住所と異なるところに送付を希望する場合はご記入ください。

送 付 先 (被保険者住所へ送付する場合は不要)	〒	—	電話	()
-----------------------------	---	---	----	-----

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

2. 発効年月日

限度額適用認定証の発効年月日は、申請書が組合に到着した日の属する月の初日となりますので、月末に送付されますと発効が翌月になることがありますのでご注意ください。

3. 限度額適用認定証

70歳未満の方が、入院や通院で医療費が高額になる場合、医療機関等に限度額適用認定証を提示することにより、窓口での支払額が高額療養費の自己負担限度額までとなります。(差額ベッド代など保険診療外の料金は別途全額負担です)

なお、限度額適用認定証を提示しない場合は、窓口で3割分（未就学児は2割分）を支払い、後日（最短診療月の3か月後）高額療養費と付加金を自動払いにより支給することとなります。

4. お問い合わせ先

限度額適用認定証に関することは、当組合審査課までお問い合わせください。

計機健康保険組合 審査課 電話番号03-3264-4427(直通)