

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

認定証の交付を受けるには、事前申請が必要です。
事前申請せずに高額な医療費を支払った場合は、自己負担
限度額を超えた金額を約3ヵ月後に自動的に(申請不要)当
健保より給付しますので、最終的には自己負担額は同じです。

健康保険限度額適用認定申請書

※太枠の中をご記入ください。

令和 3年 7月 1日 提出

健康保険証の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別
記号	番号			昭和・平成		男・女
1	12345	健保 太郎		46年 1月 1日		男・女
自宅住所	〒 123 - 4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4 TEL 090 (2345) 6789					
事業所名	スタンレー電気株式会社	勤務先TEL	外線： 03(6866)1111 内線： 932-1111			
適用対象者 <small>※被保険者が対象の場合は省略可</small>	氏名	被保険者との続柄	生年月日		性別	
			昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	
医療費助成制度	市区町村から医療費助成制度の交付を □受けている → 下記該当に○をつけ受給者証のコピーを添付してください (1.心身障がい者医療費助成制度 2.ひとり親医療費助成制度 3.子ども乳幼児医療助成制度) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない					
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか等)によるものですか?				<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・□はい		
当該傷病は業務上、または通勤途中に起きたものですか?				<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・□はい		
入院・外来の別	入院・外来					
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。				
「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。						
申請代行者欄	氏名	被保険者との関係	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他 ()			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

【注意事項】

- 「認定証」の発効年月日は、**健保組合に受付された日の属する月の初日**となります。
受付月の前月に遡っての適用は、**できません**。
- 有効期限が切れたとき、保険証が使えなくなったときは「認定証」を事業主人事担当(当組合)に返却してください。
- 有効期限後も「認定証」の交付が必要な場合は、再度申請を行なってください。
- 低所得者(住民税非課税世帯)の方は書式が異なりますのでご連絡ください。

事業所業務担当者

担当者印

健保受付印

スタンレー電気健康保険組合
〒153-8636 東京都目黒区中目黒2-9-13
Tel: 03-6866-2601 Fax: 03-6866-2273