

担当責任者	担当者

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

被保険者証の 記号及び番号	—	被保険者氏名 (生年月日)	(昭・平 年 月 日)		
適用対象者の 氏 名		適用対象者 の生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	被保険者 との続柄
傷 病 名	受診予定日 年 月 日				
	* けが(骨折、捻挫、打撲、熱傷など)で受診の場合は「負傷原因報告書」を添付の上、提出してください * 第三者行為の場合は別途ご相談ください				
医 療 機 関	* 名鉄病院の場合は申請不要です				
医 療 費 助 成	有 ・ 無				
	* 市区町村等より、 医療証が交付されている方は有に○をつけてください * お持ちの医療証(写し)の提出をお願いする場合があります				
被保険者勤務先(部署名等)					

□限度額適用認定証を医療機関窓口で提示いただくことで、支払う費用が高額療養費の自己負担限度額までとなります。

□限度額適用認定証を発行する前に医療費を支払われた場合は、自己負担限度額を超えた分について自動計算され約3ヶ月後に支給されます。(申請書の提出は不要です)

□限度額適用認定証は、申請した月の初日から効力を有するため、**原則として前月に遡っての発行はいたしません。**

(例) 4月30日健保受付 →→→ 4月1日から有効

5月 1日健保受付 →→→ 5月1日から有効

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 千

住 所

被保険者

氏 名

㊤