

限度額適用認定証の交付を受けたいとき

入院（70歳未満の方）により、あらかじめ医療費が高額になることがわかっている場合で限度額適用認定証の交付を受けたいときは、「健康保険限度額適用認定申請書」にてご申請ください。理美けんぽにて確認後、交付されます。

申請書類：「健康保険限度額適用認定申請書」（単票）

申請期限：すみやかに

添付書類：「非課税証明書」（被保険者が前年度住民税非課税の場合。例：新卒入社等）

何年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

被保険者印を必ずご捺印ください。

入院される方の氏名、性別、続柄をご記入ください。

表面

健康保険限度額適用認定申請書
※ 食事療養標準負担額減額申請書（被保険者が非課税の場合のみ）

被保険者証 記号・番号	記号 1234 番号 9999	事業所名(または勤務していた事業所名)	
被保険者氏名	健保 太郎	名称	株式会社
被保険者の 生年月日	昭和47年 4月 1日	所在地	東京都中央区日本橋大伝馬町
被保険者の 住所	〒123-4567 東京都中央区日本橋大伝馬町 - - 03 (6661) 8106		
対象者氏名	健保 花子	性別	女
対象者の 生年月日	昭和50年 3月 3日	続柄	(妻)
入院期間 (見込み)	平成22年 7月 1日 - (15 日間) ヶ月間		
以外に送付を希望する場合 (事業所経由での申請は原則、事業所へ送付します)	住所		
	宛名		
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 2 2 年 6 月 2 8 日			
申請者		住所	東京都中央区日本橋大伝馬町 - -
		氏名	健保 太郎
		電話	03 (6661) 8106

裏面

長期入院 (申請月以前の期間に90日以上入院されたか)	はい	いいえ
ここから下は長期入院が「はい」の方のみご記入ください	入院日数合計 日	
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日まで	日間
入院をした保険医療機関	名称	
	所在地	
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日まで	日間
入院をした保険医療機関	名称	
	所在地	
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日まで	日間
入院をした保険医療機関	名称	
	所在地	
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日まで	日間
入院をした保険医療機関	名称	
	所在地	

<注意> 限度額適用認定証の交付対象者は入院または入院予定のある方に限ります。入院期間を必ずご記入下さい。
認定証は入院療養などを受ける際、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
被保険者の住所の変動等により適用区分欄に変更された区分に該当しなくなった場合は、再度申請を行い限度額適用認定証を受けることができます。
下記該当の場合は必ず認定証を健保組合に返戻してください。
ア. 被保険者が資格を喪失したとき。
イ. 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
ウ. 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
エ. 認定証の有効期限に達したとき。
オ. 適用対象者が老人医療受給対象者となったとき。
カ. 適用対象者が70歳に達する月の翌月になったとき。

注意 長期入院に該当する場合は、入院期間を証明するもの(入院期間記載の領収書等)添付の上、申請してください。
被保険者が当年市区町村住民税が非課税の場合は、市区町村非課税証明書(原本)を添付の上、申請してください。
入院時後遺障害等級の標準負担額は1割20%ですが、高額認定証を提示することにより、1割20% (長期入院は1割10%)となります。

【添付書類】
市町村民税非課税証明書(原本)
(申請の方で減額認定証の交付を受けられる方のみ)

必ずご捺印ください。

申請月以前の入院について、ご記入ください。

受付日印

被保険者が非課税の方は裏面もご記入ください。

H22.5
全日本理美奇健康保険組合
03(6661)6106

期限が過ぎた後も引き続き入院される場合は、再度ご申請ください。

期限が過ぎたものに関しましては、ご返却ください。