

【記入例】

【お願い】 この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長	業務課長	係長	係

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・番号		7 2 6	1 2 3 6	事業所名称
被保険者	氏名	健保 太郎		伊藤忠〇〇販売株
	生年月日	大・(昭)・平 29年 10月 11日生		
対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄
	生年月日	大・(昭)・平 38年 11月 28日生		
被保険者の住所	〒123-4567 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-5-9 連絡先 03-3×××-×××× (会社 自宅 携帯)			
認定証送付先住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)	〒123-4423 千葉県船橋市△△町1-3-5 〇〇病院 西棟 999号室 送付先名称 〇〇病院 気付(事業所 実家 病院 その他)			
入院又は通院開始日	月 日 より 入院予定・入院中・通院(平成24年4月1日受診分から通院も申請可) ◎有効期限は、該当月から8月末までとなります。9月以降認定証が必要な場合は再度申請をしてください。			
申請先	〒103-8427 東京都中央区日本橋本町4-15-9 伊藤忠連合健康保険組合 業務課 電話：03(3662)9951 ※申請書は、FAXによる送信が可能です。FAX：03(3662)9955			
備考	この申請により交付された認定証を病院の窓口に提示すれば、七十歳未満の方の療養に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができますようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。なお、七十歳以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額に止める措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。			
参考：自己負担限度額 (高額療養費)	区分「ア」：83万円以上 252,600円+ (総医療費-842,000円)×1% (多数該当 140,100円) 区分「イ」：53万円～79万円 167,400円+ (総医療費-558,000円)×1% (多数該当 93,000円) 区分「ウ」：28万円～50万円 80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% (多数該当 44,400円) 区分「エ」：26万円以下 57,600円 (多数該当 44,400円) ◎総医療費とは、一月(1日から月末)に一つの医療機関で入院・外来別に要する医療費総額			

上記のとおり申請いたします。

平成 〇〇 年 △ 月 〇〇 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

【 受 付 年 月 日 】

--

【お願い】この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	係

## 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・番号		事業所名称
被保険者	氏名	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生
対象者	氏名	被保険者との続柄
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生
被保険者の住所	〒 連絡先 (会社 自宅 携帯)	
認定証送付先住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)	〒 送付先名称 気付 (事業所 実家 病院 その他)	
入院又は通院開始日	月 日 より 入院予定・入院中・通院 (平成 24 年 4 月 1 日受診分から通院も申請可) ◎有効期限は、該当月から 8 月末までとなります。9 月以降認定証が必要な場合は再度申請をしてください。	
申請先	〒103-8427 東京都中央区日本橋本町 4-15-9 伊藤忠連合健康保険組合 業務課 電話：03 (3662) 9951 ※申請書は、FAXによる送信が可能です。FAX：03 (3662) 9955	
備考	この申請により交付された認定証を病院の窓口に掲示すれば、七十歳未満の方の療養に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができますようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。なお、七十歳以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額に止める措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。	
参考：自己負担限度額 (高額療養費)	区分「ア」：83万円以上 252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1% (多数該当 140,100円) 区分「イ」：53万円～79万円 167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1% (多数該当 93,000円) 区分「ウ」：28万円～50万円 80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1% (多数該当 44,400円) 区分「エ」：26万円以下 57,600円 (多数該当 44,400円) ◎総医療費とは、一月(1日から月末)に一つの医療機関で入院・外来別に要する医療費総額	

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

【 受付年月日 】

--	--