

常務理事	事務長	担 当

健康保険 限度額適用認定申請書

◎留意事項をご確認の上、太枠内を記入して下さい。

被保険者証の 記号・番号	記 号		番 号			
	10		12345			
被保険者	氏 名	フリガナ ケンポ タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇月 〇日	
		健保 太郎				
	住 所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号				
	電話番号	111 (222) 3333				
勤務先	(会社名・部署名) 株式会社××× ××部 ××課		TEL 444 (5555) 6666			
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の 必要はありません)	氏 名	認定交付対象者が被扶養者の場合はご記入ください。				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別
認定証送付先 (被保険者住所と同じ場合 は記入の必要はありません)	氏 名					
	住 所	被保険者住所以外の場所に送付希望の 場合はご記入ください。				
	電話番号	()				
療養予定期間	〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇年 〇〇月 〇〇日					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の申請をします。

エイチ・アイ・エス健康保険組合

【申請の流れ】 被保険者(本人が入院中の場合に限り代行も可) → 健保組合
※原本を下記住所に送付ください。

受付日付印

申請書の送付先及び問合せ先
エイチ・アイ・エス健康保険組合
〒160-0023
東京都新宿区西新宿6-2-18
SKビル9階
TEL03-6872-5511 FAX03-6872-5512

▼健保処理欄	発送日	本人 ・ 家族	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ
--------	-----	---------	------	---------------

[限度額適用認定証の申請における留意事項]

※入院療養等にかかる自己負担額(1か月ごと)が、高額療養費に該当しない事が
明らかな場合には、この申請は不要です。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

※有効期限は最長で年度末(3月末)までとなります。

(年度末以降も引き続き必要な場合は、再度申請ください。)

※被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を返納して下さい。

- ①被保険者が資格を喪失したとき。
- ②認定証の有効期限に達したとき。
- ③認定の条件に該当しなくなったとき。(退院した等 認定証の必要がなくなったとき)
- ④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。
- ⑤被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。
- ⑥適用対象者が70歳に達したとき。