

# 限度額適用認定証の交付を受けたいとき

入通院により、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：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。

## 健康保険限度額適用認定申請書

兼 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)

入院される方の  
氏名、性別、続  
柄をご記入く  
ださい。

|  |  |                       |                    |
|--|--|-----------------------|--------------------|
| ① 被保険者証<br>記号・番号   | 記号 1234 番号 9999  | ④ 事業所名(または勤務していた事業所名) |                    |
| ② 被保険者氏名   | 健保 太郎 (健康印)  | 名称                    | 株式会社 ○○○           |
| ③ 被保険者の<br>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△-△-△ |
| ⑤ 被保険者の<br>住所  | 〒 123-4567<br>東京都中央区日本橋大伝馬町○-○-○<br>TEL 03 ( 6661 ) 6106 |                       |                    |
| ⑥ 対象者氏名  | 健保 花子 (男女)   | 続柄:(                  | 妻 )                |
| ⑦ 対象者の<br>生年月日   | 昭和 50 年 3 月 3 日  |                       |                    |
| ⑧ 入院期間<br>(見込み)  | 平成 28 年 2 月 1 日 ~  | ( 1 5 日間              | ヶ月間 )              |
| ⑨ ⑤以外に添付を<br>希望する場合  | 住所<br>〒  | TEL                   | ( )                |
| 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。<br>平成 2 8 年 1 月 7 日<br>申請者 住所 東京都中央区日本橋大伝馬町○-○-○<br>氏名 健保 太郎<br>電話 03 ( 6661 ) 6106 |  |                       |                    |

入通院の開始  
年月日と期間  
をご記入く  
ださい。

<注.意> ※ 認定証は入院療養などを受ける際、被保険者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。  
※ 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分が変更となった場合は、再度の申請が必要となります。  
※ 被保険者の当年度市区町村民税が非課税の場合は、市区町村税非課税証明書(原本)を添付のうえ、申請してください。

受付日付印