

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

記入例

マイナ保険証登録済みの方は申請不要です。

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要です。

(事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。)

お急ぎの場合はFAX・Eメール（PDF添付）で申請し、後日原本を送付してください。

FAX：06-6758-6924

Eメール：info@rohtokenpo.or.jp

太枠内を記入ください

令和 6 年 12 月 1 日

被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇	事業所	〇〇株式会社				
被保険者	氏名	健保 太郎		生年 月日	昭和 平成	〇年〇月〇日	性別	男・女
適用対象者 被保険者の場合は 記入不要	氏名	健保 花子		生年 月日	昭和 平成 令和	〇年〇月〇日	性別	男・女
被保険者の住所	〒 123 - 4567		大阪市生野区〇〇町1-1					
認定証送付先 ① 被保険者住所以外の送付先を ご希望の場合のみ記入してください。 ② 病院への送付については、受け取りに ついてあらかじめ病院の方に 相談してください。		住所 事業所名 所在地 部署名等	〒 -					
		受取人氏名	〇〇病院 医事課 〇〇様			了承済み		
認定証が 必要となる日付	令和〇年	12月	10日	診療 入院	分より必要	備考欄		

※被保険者住所以外に送付希望の場合は記入

遡って申請する場合のみ記入

- 原則、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。さかのぼってその旨を申し出ていただき、了承を得た上で交付させていただきますので、確認された医療機関名を「備考欄」に記入してください。
- 有効期限は、標準報酬の定時決定月(9月)の前月末(任継の場合などは資格を喪失する日の前日)までです。
- 有効期限が過ぎ、引き続き認定証が必要な場合は、9月に申請書を提出してください。

※被保険者が入院中等により代理者が申請する場合は記入してください

代理者	氏名	〇〇〇〇		(例) 事業所担当者、家族など				
	生年月日	昭和 平成	〇〇〇〇)			

※代理人が申請する場合は記入

- ※ 認定証の発効年月日(有効期間の初日)は、当組合で受付した日の属する月の1日となります。ただし、申請のあった月に資格取得、又は被扶養者となった場合は、その資格取得日、又は扶養認定日となります。
- ※ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

■お問い合わせ・送付先

〒544-8666 大阪市生野区巽西1-8-1 ロートグループ健康保険組合 (Tel: 06-6758-6921)

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者	適用区分	
				ア・イ・ウ・エ	
				現役並みⅠ・現役並みⅡ	
有効期限	令和	年	月	日から	標準報酬月額 千円
	令和	年	月	日まで	

受付印