

理事長	常務理事	事務長	係員

## 健康保険限度額適用認定申請書

			申請日 令和 年 月 日	
被保険者証の 記号と番号	記号		被保険者の 氏名と生年月日	(フリガナ) _____ ⑩
	番号			昭和・平成 年 月 日生
事業所の名称				営業所・店
事業所の所在地	〒 - - Tel ( ) -			
適用対象者の 氏名と生年月日	(フリガナ) _____ )		被保険者との続柄	
	昭・平・令 年 月 日生		性別	男 ・ 女
被保険者（適用 対象者）の住所	〒 - -			

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。

この申請は、70歳未満の被保険者および被扶養者が、病院や調剤薬局、指定訪問看護での支払いを自己負担限度額までにするものです。

認定証が交付されたら、病院等に当該認定証を被保険者証に添えて提示してください。

認定証の有効期限は、1年間（交付月の翌年末日まで）です。期限を越えて使用する場合は、再度申請を行ってください。

認定証を使用する必要がなくなった場合は、破棄をせず健康保険組合に返納してください。

### 組合使用欄

交付年月日	令和 年 月 日	発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ

リーガル健康保険組合