

健康保険限度額適用認定申請書

◆下記注意事項を全て確認の上、必要と思われる方のみ申請下さい。

◆太枠の中をボールペンでご記入下さい。

〇〇年〇〇月〇〇日提出

被保険者	記号・番号	1-123456	氏名	健保 太郎		
	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇	〈 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯・ <input type="checkbox"/> 職場〉			
被保険者は、今年度住民税非課税者ですか？ ※非課税者は必ず非課税証明書（市区町村発行）を添付して下さい。					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
申請者が記入する欄	被保険者との続柄	妻	氏名 ※70歳未満対象	健保 花子	生年月日	S ^H R 〇〇年〇〇月〇〇日
	※適用対象者が被保険者本人の場合、上欄の氏名・性別・生年月日記入不要です。					
	使用見込	令和 〇〇年 〇月から 令和 〇〇年 〇月まで（見込み）				
	①今回の療養理由は、第三者の行為（交通事故・けんか等）によって受傷したものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
	②今回の療養理由は、通勤途中、業務中の傷病によるものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
	③適用対象者は医療助成受給者ですか？（はいの場合、下記に理由を記載）	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
③… はいの場合 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他 医療費を窓口負担する理由（ ） + 受給者証のコピーを添付						
再の交場付合	<input type="checkbox"/> 有効期限に達したため <input type="checkbox"/> 保険証の記号番号が変わったため <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 棄損・破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
（右認定を証1送付所先選択）	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	〒448-〇〇〇〇 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地				
	<input type="checkbox"/> 職場	〒				
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	〒 -				
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。 また、申請書注意事項・裏面を全て確認及び遵守し使用することに同意します。 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 申請者氏名(署名) 健保 太郎 被保険者との続柄 (本人)						

●注意事項●

- ・限度額適用認定証を提示しても、医療費の窓口負担が1ヵ月2万円になるわけではありません。ご自身の自己負担限度額までは、必ず自己負担していただきます。
※自己負担限度額は裏面をご覧ください。
- ・限度額適用認定証の有効期限は、申請を受け付けた月の1日から8月31日までです。
※被保険者（本人）が住民税非課税者の場合は7月31日までです。
- ・ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。個人情報保護に関しては <http://www.denso-kenpo.or.jp/privacy/privacy.htm> をご覧ください。

●問い合わせ先●

デンソー健康保険組合 1室 給付G
 〒448-0045 愛知県刈谷市新富町2丁目41番地 (社内メール〒1130)
 外線TEL0566-25-3122 FAX0566-24-6301 内線TEL549-227 FAX549-921
 E-mail kenpo_kyufu@jp.denso.com

室長	検討	担当	受付

健保使用欄	標準報酬月額	千円	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	証交付日	令和 年 月 日
	備考欄			