年　　　月　　　日

サンケン電気健康保険組合　御中

健康保険限度額適用認定申請書（70歳未満）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | － | | 事業所の名称  任意継続被保険者の方は記入不要です。 |  |
| 被保険者 | 氏名 | ㊞ | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 適用対象者  被保険者の場　　　　　　　　 合は記入不要  です。 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者との続柄 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者（認定証適用対象者）の住所 | | | 〒　　　－　　　　　　　　　　℡ | | |
| 療養開始日（予定日） | | | 新規（ 　年 　 月 　日 入院・外来・出産予定 ）・ 継続 | | |
| 入院・外来の原因 | | | 傷病 ・ 出産 ・ 外傷(第三者行為) ・ その他( ) | | |
| ※代行者が申請する場合の理由 | | | 入院中のため　・　その他（　　　　　　　　　　 　 　　） | | |

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。

≪注意事項≫

1. 被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
2. 適用対象者ごとに申請してください。
3. 認定証の発行年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。

（申請のあった月に資格取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります）

1. 有効期限は発行日の属する月から1年以内の月末となります。
2. 70歳以上75歳未満の方は「高齢受給者証」を提示することで自己負担限度額までの支払となりますので、「限度額適用認定証」は必要ありません。
3. 有効期限が切れましたら、返却ください。

また、その後も必要な方は再度申請ください。

1. 下記の事由に該当した場合は、認定証を返納ください。

・有効期限に達したとき

・被保険者が資格喪失したとき

・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

・被保険者が加入している保険者に変更があ ったとき

・適用対象者が70歳に到達する月の翌月に至ったとき

・適用対象者が後期高齢者医療制度の対象となったとき

・標準報酬月額の変更により法定自己負担限度額が変わったとき

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得区分 | | 健康保険組合受付 | | | | 事業所 | 申請代行 |
|  | ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅰ・Ⅱ | | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 | 担当者 | 代行者 |
|  | 標準報酬月額 | |  |  |  |  |  |  |
| 千円 | |
|  | 2020.6 | | | | | | |