

(70歳未満 上位所得者・一般所得者用)

常務理事	事務長	担当者

健康保険

限度額適用認定申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号及び番号														
	(記号)						(番号)								
	フリガナ						性別	男 女	生年月日	昭和	年			月	日
	氏名 と印	印								平成					
住所	〒 - TEL														

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	交付対象区分	1. 被保険者本人				2. 被扶養者家族										
	フリガナ					性別	男 女	生年月日	昭和	年			月	日	続柄	
	氏名								平成							
	療養予定期間				平成 年 月 ~ 平成 年 月											
	認定証送付先	1. 被保険者住所欄記載住所に送付希望 2. 被保険者住所欄とは別の場所に送付希望（やむを得ない場合のみ） 宛先 〒 - TEL														

【留意事項】

- ※ 認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で1年間となります。
- ※ 療養の原因となる傷病が、外傷性によるケガの場合は、「負傷原因届」を添付してください。
- ※ 療養の原因となる傷病が、第三者の加害行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

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。

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

受付年月日

(低所得者用)

常務理事	事務長	担当者

健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号及び番号		
	(記号)	(番号)	
	フリガナ		
	氏名 と印	印	
	性別	男 女	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	〒 -		TEL

減 額 認 定 証 交 付 対 象 者 欄	交付対象区分	1. 被保険者本人	2. 被扶養者家族										
	フリガナ												
	氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄					
	療養予定期間		平成	年	月	～	平成	年	月				
	療養をする方は、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されましたか？（市区町村民税が課されていない期間の入院に限る）							はい	いいえ				
	上記で「はい」の場合の入院日数合計				日間								
	1	上記で「はい」の場合 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				平成	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間
		入院をした保険医療機関等		名称			所在地						
	2	上記で「はい」の場合 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				平成	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間
		入院をした保険医療機関等		名称			所在地						
認定証送付先	1. 被保険者住所欄記載住所に送付希望 2. 被保険者住所欄とは別の場所に送付希望（やむを得ない場合のみ） 宛先 〒 - TEL												

【留意事項】

- ※ 認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で初めて到来する7月末日になります。
- ※ 療養の原因となる傷病が、外傷性によるケガの場合は、「負傷原因届」を添付してください。
- ※ 療養の原因となる傷病が、第三者の加害行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- ※ 被保険者の非課税証明書（4月から7月診療分は前年度の非課税証明書を、8月から翌年3月診療分は当年度の非課税証明書）を添付してください。
- ※ 申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院された方は、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など）を添付してください。

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

受付年月日