

(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
記入例		

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		交付してある健康保険被保険者証から転記してください。									
	(記号)	123	(番号)	4567								
	フリガナ	ケンポ	タロウ	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	氏名 と印	健保	太郎									健保
住所	〒 123 - 4567 〇〇県△△市□□1-2-3 コーポ456 TEL 03-1234-5678											

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	ケンポ	ハナコ	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	
	氏名	健保	花子									妻
	療養予定期間		平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 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 〇△□病院 入院病棟 5階 123号室 〒 123 - 4567 〇〇県△△市□□5-6-7 TEL 02-3456-7890										

【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)

健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	担当者
記入例		

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号及び番号		交付してある健康保険被保険者証から転記してください。										
	(記号)	123	(番号)	4567									
	フリガナ	ケンポ		タロウ		性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	
	氏名 と印	健保		太郎									
	住所	〒123 - 4567 〇〇県△△市□□1-2-3 コーポ456 TEL 03-1234-5678											

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	ケンポ		ハナコ		性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	続柄	
	氏名	健保		花子										
	療養予定期間	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 7 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						95 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23年 8月 5日から平成23年11月 7日まで 95日間						
		入院をした保険医療機関等		名称		〇△□病院		所在地		〇〇県△△市□□5-6-7				
	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 〇△□病院 入院病棟 5階 123号室 〒123 - 4567 〇〇県△△市□□5-6-7 TEL 02-3456-7890													

【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