

(70歳未満 適用区分ア・イ・ウ・エ用)

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						
	氏名 と印	印					
	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
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 平成	年	月	日	続柄
	氏名										
	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									
		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

(70歳未満 適用区分才：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					性別	男	生年月日	昭和	年	月	日		
	氏名 と印			印		性別	女	生年月日	平成					
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					性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	続柄
	氏名					性別	女	生年月日	平成				
	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