

(70歳未満 適用区分ア・イ・ウ・エ用)

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	ケンボ		タロウ			性別	男	生年月日	昭和	年	月	日		
	氏名 と印	健保		太郎			性別	女	生年月日	平成	4	8	0	1	0
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	ケンボ		ハナコ			性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	氏名	健保		花子			性別	女	生年月日	平成	4	7	1	0	2	0	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

(70歳未満 適用区分才：低所得者用)

常務理事	事務長	担当者
記入例		

## 健康保険

### 限度額適用・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		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	ケンボ	タロウ	性別	男	生年月日	昭和	年	月	日							
	氏名と印	健保	太郎	性別	女	生年月日	平成	4	8	0	1	0	1				
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	ケンボ	ハナコ	性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	続柄								
	氏名	健保	花子	性別	女	生年月日	平成	4	7	1	0	2	0	妻					
	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