

交付日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日
資格 資格	取得 昭和・平成 年 月 日
	喪失 平成 年 月 日
標準報酬 月額	千円

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	係

以下を記入ください。

健康保険限度額適用認定証申請書

事業所		住所	
被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名	昭・平 年 月 日生
認定対象者 氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
住所	〒 ー	続柄	性別
入院 開始日	平成 年 月 日から	連絡先	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を申請します。

平成 年 月 日

〒 ー

住所
被保険者
氏名

印

日本旅行健康保険組合理事長 殿

受付日印

「健康保険限度額適用認定証」申請時の注意

高額療養費の現物給付を受けるための要件

被保険者等が高額療養費の現物給付を受けるためには、被保険者証(保険証)とともに「限度額適用認定証」を入院した窓口に提出する必要があります。

限度額適用認定証の申請

申請は、適用対象者（入院した被保険者、被扶養者）ごとに申請してください。

その他の留意点

次の場合には、速やかに健康保険組合に返納してください。

- ① 被保険者が資格を喪失したとき。
- ② 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。
- ③ 認定証の有効期限に達したとき。
- ④ 健保組合から返納の依頼があったとき。

記入上の注意

- ① 事業所欄は所属会社名を記入して下さい。任意継続の方は、「任継」と記入して下さい。
- ② 住所欄は、所属会社の住所(都道府県名と市区町村名のみ)を記入して下さい。
- ③ 被保険者証記号・番号・は保険証から転記して下さい。
- ④ 認定対象者氏名は、今回入院された方で、保険証に名前の記載がある方です。
- ⑤ 申請者欄のⓂは必ず押印して下さい。
- ⑥ 入院開始日は、実入院開始日を記入して下さい。
- ⑦ 連絡先は、自宅電話番号を記入して下さい。