

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

日清オリオグループ健康保険組合 殿

下記のとおり申請致します。

令和 年 月 日 申請

被保険者証の	記号	番号	被保険者 (申請者) の氏名印 生年月日		年 月 日 生	
現住所	〒					
	電話番号 ()					
所属事業所名						
対象者の	氏名		生年月日	年 月 日 生	被保険者 との続柄	
入院又は通院する 保険医療機関の	名称					
	所在地					
入院又は通院見込期間	年 月 日より 入院・通院 概ね 日(月)間					
認定証送付先住所	原則、社内便にて送付いたします。その他の送付先を希望される場合は、当健保組合までご連絡ください。					
申請先	〒 104 - 8285 東京都中央区新川 1 - 23 - 1 日清オリオグループ健康保険組合 電話：03 (3206) 5178					
備考	この申請により交付された認定証を病院の窓口に掲示すれば、70歳未満の方の療養に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができるようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。なお、70才以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額に止める措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。					

交付決議書

決裁	承認	記帳	台帳	入力
発効 年月日				
適用区分	ア イ ウ エ オ			

◎ 次に該当した場合、認定証を返却して下さい。

1. 資格を喪失したとき
2. 被扶養者でなくなったとき
3. 有効期限に達したとき