

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	〒					印
	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 - 2 3 - 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ますようになります。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