

# 健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	関係者	担当者

年 月 日 申請

東北電力健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり医療機関へ提示が必要なため、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。（新規・更新）

被保険者記入欄	被保険者氏名	記号番号	会社名	所属
	適用対象者	適用対象者生年月日	続柄	電話番号
		昭和・平成・令和 年 月 日		【勤務先】 【その他】
	対象者住所	〒		
	認定を必要とする期間	*必要な期間をご記入ください 年 月 より 【 】ヶ月間 (最大6ヶ月間)		
		*該当するものをチェックしてください (両方でも可) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
	受診する医療機関名 ※限度額認定証の提示が必要である旨を必ずご確認ください。	名称		<input type="checkbox"/> 提示必要 <input type="checkbox"/> 確認済
		住所	〒	
	傷病原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) (原因: ) ※業務・通勤災害、交通事故、他人によるケガ等の場合は、必ずご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外		
医療助成について (受けている方は該当する内容を記入してください)	自己負担額について、居住している県市町村等から医療費助成を受けているかどうか <input type="checkbox"/> 受けている [ ] <input type="checkbox"/> 受けていない			
※ 認定証は、 <b>勤務先(任意継続者の方はご自宅)</b> へ送付いたします。 やむを得ずそれ以外の箇所に送付を希望する場合は、下記にご記入ください。 〒				

◎後日送付する認定証は、退院や通院が終了した場合、認定証の有効期限が切れた場合など速やかにご返納ください。

健保記入欄	標準報酬月額		千円	有効期間	年 月 日から	
					年 月 日まで	
	適用区分	ア. 83万円以上	ウ. 28万～50万円		年 月 日	
		イ. 53万～79万円	エ. 26万円以下			