

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		年 月 より 【 必要期間をご記入ください * 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			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、居住している区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、勤務先(任意継続者の方はご自宅)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	証交付日	年 月 日
		イ. 53万～79万円	エ. 26万円以下		