《 記入例 》　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

任意継続の方は，会社名に「任意継続」と記入してください

〇〇 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）

被保険者氏名	記号番号	会社名	所属
電力　太郎	12-3456	東北〇×㈱	人財部 人事

適用対象者	適用対象者生年月日	続柄	電話番号
電力　はな	昭和・平成・令和 〇〇年××月△△日	長女	【勤務先】910-〇〇〇〇 【その他】090-××××-△△△△

保険者記入欄

〒 980-〇〇〇〇
仙台市〇〇区△町〇丁目〇番×号

日にち単位ではなく，月単位で発行します。
例:令和5年12月より3ヶ月間の場合
令和5年12月1日から6年2月28日の期間のものを１枚発行します。

*必要な期間をご記入ください
〇〇 年 ×× 月 より【 3 】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　☑ 入院　☐ 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。

東北△△病院　提示必要　☐ 確認済

〒 980-0000　仙台市青葉区　号

転院などで，記載した医療機関が途中で変わっても有効期間内であれば使用可能です。

認定証の提示が必要かを医療機関等に確認してください。

☑ 外傷性疾病（ケガ・やけど等）（原因：部注　）
※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。
☐ 上記以外

妊産婦医療費助成・心身障がい医療費助成など，各種助成制度(保険診療の自己負担分を助成)があります。助成を受けている場合は必ず記入してください。

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
☑ 受けている　〔 乳幼児・子ども医療費助成 〕
☐ 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。
〒

勤務先へ社内便(社内便がない箇所は郵便)で送付いたします。
また，被保険者ご本人が入院など，状況に応じてご自宅・ご実家や医療機関(送付可能の場合のみ)へ直送することも可能ですが，その場合は送付先の詳細(〇〇方・医療機関名・病棟・病室など)を明記してください。

◎後日送付する認定証は,退院や通院が

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			