

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| セイコー健康保険組合記入欄 | |
| 認定証発効日 | 年 月 日 |
| 認定証有効期限 | 年 月 日 |
| 認定証回収日 | 年 月 日 |
| 適用対象者資格 取得日 (扶養となった日) | 昭和 平成・令和 年 月 日 |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 適用区分 (該当) | |

| | | |
|------|-------|---|
| 同年月日 | 年 月 日 | |
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

| |
|------------|
| 事業所 担当者 |
| |

健康保険限度額適用認定申請書

セイコー健康保険組合 御中

| | | | | |
|---------------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------|
| 被保険者等の 記号番号 | 記号 | 00 | 番号 | 0000 |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | 健保 太郎 | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成・令和 〇〇 年 4 月 1 日 | | |
| 事 業 者 | 名 称 | 〇〇〇〇株式会社 | | |
| | 所 在 地 | 〇〇県〇〇市〇〇町1 | | |
| 適 用 対 象 者 | 氏 名 | 健保 一郎 | 被保険者 との続柄 | 長男 |
| | 生年月日 | 昭和 平成・令和 〇〇 年 6 月 1 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 適 用 対 象 者 の 住 所 | | 〇〇県〇〇市〇〇町1 | | |
| 該 当 認 定 証 を 提 出 す 医 療 機 関 | 名 称 | 〇〇〇〇病院 | | |
| | 所 在 地 | 〇〇県〇〇市〇〇町2 | | |
| | 入院日・外来(開始)日 | 令和 〇〇年 〇〇 月 〇〇 日 | | |
| | 想定される入院・通院期間 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | |

<認定証の送付先について>

医療機関等での自己負担額支払いの前に認定証を提示していただくことが必要となります。
原則として、事業所担当者経由での送付となります。認定証が必要な場合(高額療養費に該当しそうな
場合)は、あらかじめ、日数に余裕をもって申請していただくようお願いします。
ただし必要に応じてご自宅への郵送もいたします。すでに入院中で医療機関での受け取り希望する場
合は、病棟・病室番号まで、医療機関担当者への場合は、部門・担当名まで下記にご記入ください。

| | | |
|-----------------------------------|------|--------|
| 認定証の送付先 (該当する方を○で 囲んでください。) | 自 宅 | 住所 〒 - |
| | 医療機関 | 宛名 様 |

※受取人が被保険者以外の場合(医療機関担当者は除く)は、ご記入ください。

| | | |
|-------------|---|----------|
| 委 任 状 | _____ は、 _____ を代理人と定め、標記のとおり申請した認定証の受療方を委任します。 | |
| | 被保険者の氏名 | 受取人の氏名 |
| | 住所 〒 - | |
| | 受取人の氏名 | 被保険者との関係 |

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

