

常務理事	事務長	健保組合 担当

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

黒ボールペンで記入してください。(消えるペン・鉛筆 不可)

被保険者	記号一 番号	—	申請日	令和 年 月 日
	氏名		生年 月日	昭・平 年 月 日
	住所	〒 —	連絡先電話	— —

認定証が 必要な方に ○を付けて 下さい		被保険者本人		
	家族 氏名		生年 月日	昭・平・令 年 月 日

申請日の前1年間に 90日を超える入院をした方 のみ記入して下さい。	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間
	医療機関名	
	所在地	

送付希望先 ○を付けて 下さい		所属先()店・センター 店番()	/
		上記の被保険者住所 〈療養の為休んでいる または 入院中などにより、所属先で受け取れない方に限ります〉	/

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

【注意事項】

被保険者の非課税証明書(原本)を必ず添付して下さい。

(4月～7月診療分は前年度の証明、8月～翌年3月診療分は当年度の証明)

申請書を受付した月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。

日程に余裕をもって提出してください。

【この申請書の提出先】

〔社内メール便〕 近畿圏→健康保険組合 首都圏→人事部給与厚生課

〔郵送〕 ライフコーポレーション健康保険組合 〒532-0004 大阪市淀川区西宮原 2-2-22 TEL06-6150-6220

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

(06.04)

受付年月日