

健康保険限度額適用認定申請書 [70才未満対象]

◆太枠の中をボールペンでご記入下さい。

被 保 険 者	記号・番号	—	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	電話番号	()	—	< 自宅・携帯・職場 >					
適 用 対 象 者	氏 名		性別	男 女	被保険者 との続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	傷病の原因は、第三者の行為（交通事故・けんか等）によって受傷したものですか？					☐ はい ☐ いいえ			
	傷病の原因は、業務上・通勤途中に負傷・発症したものですか？					☐ はい ☐ いいえ			
	公費負担該当非該当について：市区町村から医療費助成制度の交付（子ども医療は除く）								
	☐ 受けている ☐ 受けていない ⇒ 下記該当番号と等級に○をつけ、受給者証のコピーを添付してください。 (1) 心身障害者医療費制度（身体障害者手帳 1 級、 2 級、 3 級、 4 級 ） (精神障害者保健福祉手帳 1 級、 2 級、 3 級) (2) 母子・父子家庭等医療費助成制度 ◎市区町村が行っている医療助成は、ご本人の届出がない限り、健保で把握することができません。 健保の給付金と市区町村の医療助成を重複して受けた場合、遡って、健保より支給しました 給付金を全額返還していただきます。 そのようなことを避けるためにも必ず健保へご連絡をお願いします。								
期 使 間 用	令和 年 月 ～ 令和 年 月								
(右記のいずれかを記入)	認定証送付先	☐ 自宅	〒 -						
	☐ 職場	会社名 工場 部 室 課					G 係 組		
	☐ 自宅以外	〒 - 宛名 ()							

下記受給者証のコピーを提出ください！
①(精)障がい者医療費受給者証
②(障)障害者医療受給者証
③(精)精神障害者医療費(全疾病)受給者証
④ 母子・父子家庭医療費受給者証

★注意事項

- ① 受付の前月に遡っての適用は原則できません。
- ② 【使用期間】につきましては、ご入院や高額な薬等、ご利用になりたい月を 月単位でご記入ください。
- ③ FAX、Eメール等での申請は受付しません。
- ④ 年次処理の為、9月ご使用の認定証については、9月中旬以降の発行発送となります。
- ⑤ 被保険者（本人）が非課税の場合、「市・県民税課税（非課税）証明書」を添付してください。

注）『区分ア』、『区分イ』に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での『区分ア』、『区分イ』の該当となります

送付先 問合せ先	アイシン健康保険組合 〒446-0057 愛知県安城市三河安城東町 2 丁目 8 番地 1 TEL 0566-77-8021
-------------	--

※健保組合処理欄

発送日	令和 年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ	常務理事	事務長	係長	担当
有効期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日						