

見 本

常務理事	事務長	課長	担当

## 健康保険限度額適用認定証申請書

京成電鉄健康保険組合 御中

被保険者証 記号-番号	×× - ×××××				
事業所 名称	□□□□株式会社				
被保険者	氏名	○○○○○ 印 <sup>®</sup>			
	生年月日	昭和 平成 △△年 △月△△日			
適用対象者 (利用される方)	氏名	○○◇◇			
	生年月日	昭和 平成 △年△△月 △日	被保険者 との続柄 ○○		
傷病の原因 (○をして下さい)	勤務中 (パート・アル バイトを含む)	通勤途中 (パート・アル バイトを含む)	交通事故 相手が いる・いない	第三者行為 相手の身元が 分かる・分からない	左記以外 (その他)
病院、薬局での 認定証利用開始月	令和 年 月 から ※原則受付した月の1日となります。(前月以前に遡って発効することはできません) 発効前的高額療養費は自動的に精算し事業所経由で給付されます。				

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。  
申請時の資格を失った時、有効期限が終了した時は速やかに返納します。

令和 年 月 日

※本申請を行わなくても、高額医療費は自動的に精算し、  
事業所経由で被保険者に給付されます。

※健保使用欄 受付日
報酬月額 :
ア・イ・ウ・エ・オ 現役並みⅡ ・ 現役並みⅠ