

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

常務理事	事務長		係

太枠内を記入してください。

被保険者証の	記号	番号	事業所名称
被保険者	氏名		日中の連絡先 TEL: — —
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
被保険者住所	〒 — — Tel : — —		
認定証交付対象者 <small>被保険者本人の場合 記入不要</small>	氏名		被保険者との続柄
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生	
認定証送付先住所 <small>被保険者の住所と同じ場合は省略</small>	〒 — — Tel : — —		
認定証の使用開始予定日	月 日より <input type="radio"/> 入院予定 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 通院		
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請いたします。 年 月 日			
伊藤忠健康保険組合 理事長 殿			

被保険者の個人番号記載欄
<small>※ 被保険者証の記号・番号欄に記入した場合、個人番号の記載不要。</small>

申請書送付先	〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番3号 伊藤忠健康保険組合 Tel : 06-7638-3091 <small>※お急ぎの時はFax、メール添付で申請を受付します。但し、申請書の原本は別途必ずお送りください。 (Fax : 06-7638-3129) (Mail : itckh@itochu.co.jp)</small>
参考:自己負担限度額 (高額療養費)	適用区分: 標準報酬月額 / 自己負担限度額 「ア」: 83万円以上 / 252,600円 + (医療費-842,000円) x 1% <4回目~:140,100円> 「イ」: 53~79万円 / 167,400円 + (医療費-558,000円) x 1% <4回目~: 93,000円> 「ウ」: 28~50万円 / 80,100円 + (医療費-267,000円) x 1% <4回目~: 44,400円> 「エ」: 26万円以下 / 57,600円 <4回目~:44,400円> <small>※医療費とは、1ヶ月(1日から月末)に同一医療機関で要する医療費総額(入院・外来・診療科別)です。</small>
【注意事項】	① この申請書は、70歳未満の方が対象です。 ② 対象者ごとにご申請ください。 ③ <u>有効期間は申請書を受付した月初から8月末まで。9月以降も必要な場合は再度申請ください。</u> ④ 当申請後交付された認定証を医療機関の窓口に掲示いただければ、入院・通院時の窓口負担は、本人負担限度額までとなり、多額の支払いが不要となります。 尚、70歳以上の方には高齢受給者証が交付され、本人負担限度額までとなりますので本認定証の交付申請は必要ありません。

【受付年月日】

* 記載いただいた個人情報、保険給付の目的以外には使用致しません。