

【お願い】

この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長			担当

被保険者
被扶養者

限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号				事業所名称（所属する会社名）	
被保険者	氏名			⑩	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日生		
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日生		
認定を必要とする期間 （※期間の入力は必須です。未 記入の場合は発行できません）	下記申請日の属する月の初日から平成 年 月 日まで 期間が未定の場合は右記にチェックを入れてください → <input type="checkbox"/> 長期療養のため、期間は未定 ※有効期限は2枚目の注意事項「限度額適用認定証の有効期限」を参照してください。				
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病（ケガ・やけど等）（原因： ） ※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガ等の場合は、健保まで必ずご連絡下さい。 <input type="checkbox"/> 上記以外（帝王切開・盲腸等）（病名または症状： ）				
被保険者の住所	〒 日中連絡が取れる電話番号（ ） -				
認定証送付先住所 （被保険者の住所と 同じ場合は省略可）	〒 電話（ ） -				
申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入下さい。				
	氏名			電話番号（日中の連絡先） （ ）	
	被保険者との 関係		申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 []	
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 申請 リクルート健康保険組合 理事長 殿				【 受付年月日 】 健保使用欄	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

裏面に申請先・注意事項が記載されています。必ず裏面を確認の上、申請してください。

<p><申 請 先></p>	<p>〒100-6640 東京都千代田区丸の内 1-9-2 グラントウキョウサウスタワー リクルート健康保険組合 業務グループ 限度額認定証 担当宛て 電話：0120-501-042（音声ガイダンスで「1」を選択）</p>
<p><注 意 事 項></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・この申請により交付された認定証を病院の窓口に掲示すれば、窓口負担額を自己負担限度額に止めることができます。 ・70歳以上の方で所得区分が一般（標準報酬月額26万円以下）または現役並みⅢ（標準報酬月額83万円以上）の方は、高齢受給者証を医療機関に掲示することで、自己負担限度額までに軽減する措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。 ・住民税非課税の場合は様式が異なります。 ・傷病の原因によっては、第三者行為届等のご提出を依頼させていただく場合がございますので、ご了承ください ・認定証は、原則この申請書が健保に到着した日に発行し郵送します。<u>申請日の属する月が翌月以降の場合、翌月以降の月の初日に発行、送付します。ただし、土日祝日と年末年始休みは除きます。</u> <p>「限度額適用認定証の有効期限」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定証の発効日は、申請日が属する月の初日となります。ただし、申請日の属する月に被保険者・被扶養者となられた方については、資格取得日または扶養認定日とします。 ・有効期限は認定を必要とする期間に記載された日の属する月の月末までとなります。（最長6ヶ月、ただし8/31を超える場合は8/31まで） <p>例：申請日 平成29年3月10日 認定を必要とする期間 平成29年5月9日まで 有効期間 平成29年3月1日から平成29年5月31日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「長期療養のため、期間は未定」にチェックを入れた場合、有効期限は6か月間、ただし8/31を超える場合は8/31までとなります。 <p>例：申請日 平成29年6月10日 認定を必要とする期間 長期療養のため、期間は未定 有効期間 平成29年6月1日から平成29年8月31日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有効期限が経過し、継続して限度額適用認定証の交付を希望する場合は、<u>再度交付申請書を提出してください。</u> <p>「限度額適用認定証の返納」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定対象者が次に該当した時は、5日以内に限度額適用認定証を返納してください。 <ol style="list-style-type: none"> ①認定証の有効期限に達したとき。 ②被保険者が資格を喪失したとき。 ③異動等により保険証の記号・番号が変わったとき。 ④認定対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。 ⑤被保険者等の氏名に変更があったとき。 ⑥被保険者の所得変動等に伴い、適用区分欄に表示された区分が変更になる時