

申請にあたっての注意事項

1. 「健康保険限度額適用認定証(以下「限度証」という。)の適用範囲について
会計前に医療機関等の窓口で「限度証」を提示する事で、医療機関等の窓口で支払う費用は、医療費総額のうち自己負担限度額までとなります。
なお、差額ベッド代等健康保険対象外の費用や入院時の食事療養や生活療養にかかる標準負担額は自己負担となります。
2. 医療費について
医療費は、個人毎、診療月毎、医療機関毎、医科/歯科毎、入院/外来毎で請求書が分かりますので、限度証もそれぞれの請求書に対して適用されます。
3. 「限度証」の発効月について
限度証の発効月は、当組合にて受付をした日を含む月以降となります。
前月に遡っての発効は行っていません。
4. 「限度証」の有効期限について
有効期限は、原則、発効月以後の初めて到来する**8月31日まで**となります。
なお、任意継続被保険者と特例退職被保険者及び有効期間中に満60歳を迎えられる方につきましては、発行月以後初めて到来する**3月31日まで**となります。
5. 「限度証」の返納について
限度証の交付を受けた被保険者が次の各号のいずれかに該当した場合、遅滞なく限度証を当組合に返納しなければなりません。
 - ① 被保険者の資格を喪失したとき
 - ② 保険者に変更があったとき
 - ③ 被扶養者がその要件を欠くに至ったとき
 - ④ 区分に変更があったとき
 - ⑤ 限度証の有効期限に至ったとき
6. 「申請書」の訂正について
内容を修正する場合には、二重線を引き申請書にて使用した印で**訂正印**を押下してください。修正テープ等や塗りつぶしによる修正が行われた場合には、申請書を返却する場合がございますのでご了承ください。
7. 「申請書」の送付先について
申請書は当組合まで郵送または社内便にて**当組合まで**送付してください。
誤って事業主に送付しますと、発行が遅れる場合がございます。
〒102-8460
東京都千代田区飯田橋3-10-10
ガーデンエアタワー32F
KDDI健康保険組合 限度証担当者 宛
8. お問合せ先
限度証に関するお問合せ先の電話番号は以下の通りです。
TEL:03-5212-3311

常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定申請書

以下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。

作成日:平成 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□□□
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 <input type="checkbox"/> 平成 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
	氏名・印	フリガナ _____ (印) ※必ず捺印をお願いします。	
	現住所	(〒 □□□□ □□□□)	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (□□□□ □□□□)	

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は 記入の必要が ありません。)	氏名 _____	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 <input type="checkbox"/> 平成 □□ 年 □□ 月 □□ 日
	療養予定期間 (申請期間)	平成 □□ 年 □□ 月 ~ 平成 □□ 年 □□ 月		

送 付 希 望 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	(〒 □□□□ □□□□)	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (□□□□ □□□□)	
宛名 _____			

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名・印	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で 外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (□□□□ □□□□)	申請代行 の理由	

【送付先住所】
〒102-8460
東京都千代田区飯田橋3-10-10
ガーデンエアタワー32F
KDDI健康保険組合 限度証担当者 宛

受付日付印