

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号		記号	番号	
被保険者	氏名	Ⓜ		事業名称
	生年月日	年	月	日
	連絡先①	〒		
				TEL
認定証交付対象者	氏名			続柄
	生年月日	年	月	日
		性別	男・女	
認定証交付対象者連絡先②		〒		
		TEL		
交付必要期間(予定)		平成	年	月
		～	平成	年
		月		

限度額適用認定証は、**郵送**にてお届けいたします。ご希望の送付先に○をご記入ください。

希望送付先： **【連絡先①へ郵送】** **【連絡先②へ郵送】**

*受け取りご希望の場合は、KDDI健康保険組合（GATビル32F）までお越し下さい。

*	申請代行者	氏名	Ⓜ	続柄
	申請代行者連絡先		〒	
			TEL	
申請代行の理由		被保険者本人が入院中で外出できないため。 (申請代行の理由は原則被保険者が入院した場合に限ります。)		

*被保険者証、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。平成 年 月 日提出

KDDI健康保険組合

【処理結果欄】

発効月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 3 / 8月末
適用区分	ア / イ / ウ / エ

限度額適用認定証の申請における留意事項

■限度額適用認定証の適用範囲

入院及び外来のそれぞれで使用できます。

なお、高額療養費の計算は個人ごと・月ごと・医療機関ごと・入院又は外来ごとに計算されます。

■限度額適用認定証の有効期限

原則として、発効日の属する月から初めて到来する8月31日まで（任意継続被保険者及び特例退職被保険者については3月31日まで）となります。

なお、当該8月31日（任意継続被保険者及び特例退職被保険者については3月31日）を超えての入院となる場合には、再度、申請をお願いいたします。

■返納の義務

被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、必ず認定証を返納してください。

- ①被保険者が資格を喪失したとき。
- ②被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
- ③適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
- ④被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。（適用対象者が70歳に達する月の翌日に至ったときを含む。）
- ⑤認定証の有効期限に達したとき。
- ⑥適用対象者が老人医療受給対象者となったとき。

以 上