

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

アドバンテスト健康保険組合 御中

下記のとおり申請致します。

令和 年 月 日 申請

被保険者証	記号	番号	被保険者 (申請者) の氏名		年 月 日生	
			生年月日			
現住所	〒 ー					
事業所名				所属部署		
対象者	氏名		生年 月日	年 月 日生	被保険者と の続柄	
限度額適用認定証を 使用する保険医療機 関及び保険調剤薬局 等	名称					
	所在地					
怪我の原因 (※1)	1.交通事故(自損事故・加害者有り) 2.その他()					
認定証必要 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (うち、入院(予定)期間:令和 年 月 日~令和 年 月 日)					
申請先	〒 170-0013 東京都豊島区東池袋3-9-10 池袋FNビル アドバンテスト健康保険組合 電話 : 03 (6709) 2270					
備考						

この申請により交付された認定証を保険医療機関及び保険調剤薬局等の窓口に提示すれば、70歳未満の方の入院・外来診療・調剤薬局等に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができるようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。

なお、70歳以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額に止め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。

(※1)怪我の治療に利用される方は、怪我の原因を記入ください。

アドバンテスト健康保険組合記入欄

決済	承 認				健保決裁欄	
発行 年月日						
適用区分				有効期限		