|  |
| --- |
| **限度額適用認定決定伺** |
| 標準報酬月額 | 千円 | 理事長 | 係 |  |  |
|  |  |  |  |
| 限度額適用認定年月日 | 令和 　　年　　　月　 　日 | 有効期限 | 令和　　 年　　月　 　日 |
| 認定区分 | **ア**：標準報酬83万円以上 | **イ**：標準報酬53万円以上83万円未満 |
| **ウ**：標準報酬28万円以上53万円未満 | **エ**：標準報酬28万円未満 |

**健康保険限度額適用認定証交付申請書**

**※マイナ保険証が利用できる医療機関では、限度額適用認定証は必要ありません。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者の記入欄 | 資格情報のお知らせの記号－番号 | － |
| 被保険者 | 氏名 |  |  | 生年月日 | 昭和平成 | 年 月 日 |
| 適用対象者　　　(※１) | 氏名 |  |  | 続柄 |  |
| 生年月日 | 昭和 | 年　　月　　日 | 入院の場合入院予定日 | 令和 年 月 日 |
| 平成 |
| 認定証送付先 | 社内便の場合、事業所及び所属名 |  |
| 郵送の場合　**〒**　　　－　　　　　 |
| 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。令和　　年　　　月　　日申請者(被保険者)氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **ノーリツ健康保険組合理事長殿** | 健保受付欄 |  |

【申請について】

1. 申請書の枠内は、全て記入して下さい。
2. (※１)の「適用対象者」とは、高額療養費の給付を受ける対象者です。被保険者
　　　が対象者の場合は、「本人」を記入して下さい（捺印は不要）。
3. 申請者（被保険者）は必ず氏名を記入願います。
4. 送付は社内便を基本とします。社内便で不都合のある場合のみ郵送先をご記入下さい。
5. 申請書はメール、ＦＡＸでも受け付けます。その場合は原本の提出は不要です。
6. 交付を受けた時は、限度額適用認定証の裏面をよく読み内容を遵守下さい。

【申請書の送付先】　　　ノーリツ健康保険組合　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　nrkenpo@kenpo.noritz.co.jp

 住所　　明石市二見町南二見５

 TEL　　078-941-4522　　　FAX　　078-941-4548