

様式1号

※決済欄	資格取得年月日		常務理事	事務長	課長	担当者
	昭和・平成 年 月 日					
	標準報酬月額	法定区分決定欄				
	千円	A・B		起案	平成 年 月 日	

※ 欄は記入しないでください。

健康保険限度額認定証交付申請書

被保険者	被保険者証の 記号・番号		事業所	名称	
	氏名	印		所在地	
	生年月日	年 月 日			
適用対象者	氏名		性別	被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日	男・女		
	住所	〒			
備考					

上記のとおり申請いたします。

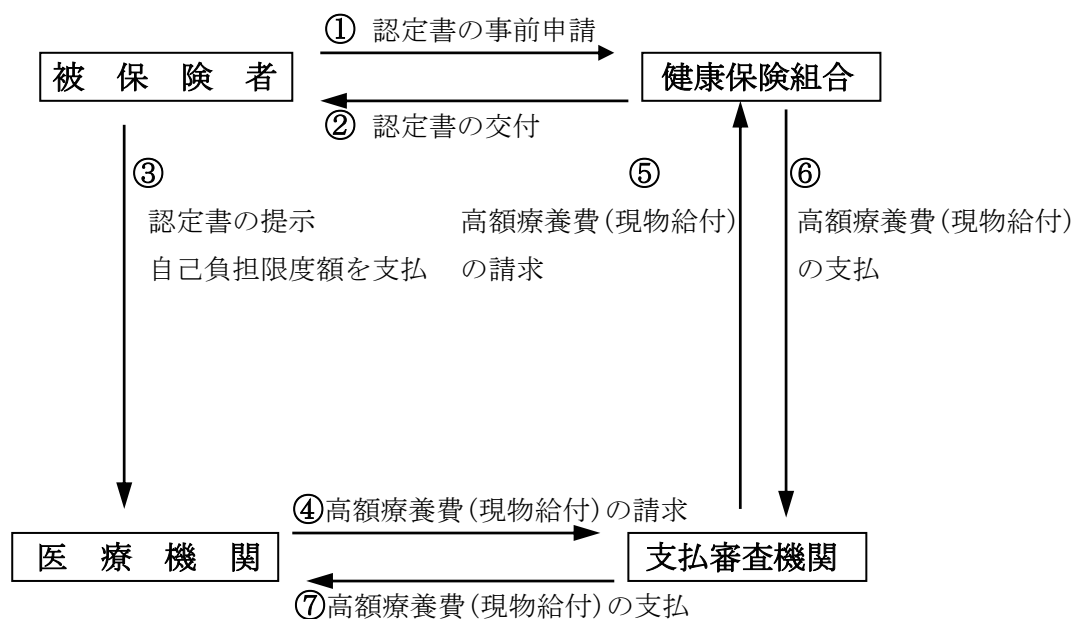
平成 年 月 日

大阪自転車健康保険組合 理事長様

[受付年月日]

高額療養費限度額申請書

1. 申請書のながれ



- ① 被保険者及び被扶養者が入院した際、健康保険組合へ「限度額適用認定交付申請書」(別紙様式1号)を提出してください。
- ② 健康保険組合は標準報酬月額等を確認のうえ、被保険者へ「限度額適用認定証」(以下「認定書」という。)を交付します。
適用区分は、標準報酬月額の53万円以上・未満で区分し、以上はA(上位所得者)・未満はB(一般所得者)とします。
- ③ 被保険者(被扶養者)は入院費用を支払う際、医療機関の窓口で「健康保険被保険者証」とともに「認定証」を提示し、自己負担限度額を医療機関へ支払ってください。
- ④ 「認定書」の証返
被保険者は「認定証」の有効期限を満了した場合又は、資格喪失等に際し、「健康保険被保険者証」とともに「認定書」の返納をお願いします。