

健康保険限度額適用認定申請書(特例退職者用)

慶應義塾健康保険組合 理事長 殿

以下の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

記号は該当に○ 番号は個人番号を記入		記号	2 : 特例退職者		番号					
被保険者	氏名				事業所	名称	学校法人 慶應義塾			
	生年月日	昭和	年	月		日	所在地	東京都港区三田2-15-45		
被保険者の住所(送付先)		〒								

適用対象者

1	氏名		被保険者との続柄		性別		生年月日	昭和	年	月	日
	利用予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
	利用予定医療機関名										
2	氏名		被保険者との続柄		性別		生年月日	昭和	年	月	日
	利用予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
	利用予定医療機関名										
備考											
利用決定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
発行日		令和 年 月 日									

※太枠の中をご記入下さい。

※利用決定期間は利用予定期間に基づき当健保組合で決定します。

決定期間を越えて利用が継続される場合は再申請が必要です。

※利用期限は1年です。

※窓口での自己負担限度額は、 $\text{¥}80,100 + (\text{総医療費} - \text{¥}267,000) \times 1\%$

※窓口負担額のうち高額療養費の対象となるのは、療養の給付(家族療養費)・保険外併用療養費の一部負担金(自己負担分)、療養費の支給(第二家族療養費)の一部負担金(自己負担分)相当額、訪問看護療養費・家族訪問看護療養費の基本利用料です。入院時食事療養費の食事療養標準負担額、入院時生活療養費の生活療養標準負担額や、保険外併用療養費の特別料金など保険診療対象外のものは含まれません。

常務理事	事務長	担当者	健保受付印