

ルネサス健保使用欄

交付NO.		決裁	常務理事	事務長	主任	担当
交付日	令和 年 月 日					

ルネサス健康保険組合 御中

健康保険 限度額適用認定申請書

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

基本情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
記号								番号					
事業所名(任継・特退の場合は記入不要)										社名		従業員番号	日中の連絡先電話番号

申請内容

入院又は通院する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
証明書の受領方法(どちらか選択)	1. 下記住所へ書留送付 2. ルネサス健保(武蔵)にて受領(以下の送付先は記載不要)				
認定証の送付先(原則として自宅住所)	〒 ー				
認定証の受取人氏名	受取人が被保険者以外の場合 続柄( )				
限度額適用認定証を提示する医療機関	住所	〒 ー			TEL:
	名称				
入(通)院期間(予定)	令和 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
再交付理由(再交付の場合のみ記載)	1.有効期限経過後も医療費が高額となる治療を継続の為 2.滅失、破損の為 3.その他( )				

<申請書の送付先>

ルネサス健康保険組合へ直接送付ください。

送付先 住所: 〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1 ルネサス健康保険組合(限度額適用認定証)

※社内便宛先: む／＃H1S2／ルネサス健保

<注意事項>

- 1.限度額認定証の発効日(有効日)は申請書受付日の当月の1日から直近の8月31日までとなります。
- 2.70歳以上の方でお持ちの資格確認書の「一部負担金の割合」欄に「2割」と記載されている方は、申請不要です。
- 3.送付先住所は、原則としてご自宅住所を記載願います。
- 4.既に入(通)院費用自己負担を医療機関に支払い(精算)済みの場合は申請できません。
- 5.資格確認書で医療機関を受診する場合に任意で使用するものであり、マイナ保険証で医療機関を受診する場合は申請不要です。

ルネサス健保で受領の場合

受領年月日 : 令和 年 月 日

受領者サイン :

ルネサス健保使用欄

所得区分	証発行	健保インプット

健保受付日付印