

< 注意 >

この申請は、70歳未満の方と、70歳以上で高齢受給者証に記載の一部負担の割合が3割の方が対象で、医療費の自己負担を**限度額**以内にとどめる為の申請書です。

自己負担の限度額は、所得区分(標準報酬月額)により異なります。

詳細は、ルネサス健保ホームページにてご確認ください。

(70歳以上で高齢受給者証に記載の一部負担の割合が2割の方は、高齢受給者証により自己負担限度額が固定の為、申請対象外です。)

記入例

提出日 令和 年 月 日

保険証を確認の上、正確にご記入ください。

基本情報

被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名		フリガナ レイワ タロウ		生年月日		昭和 平成	
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	令和 太郎		4年 1月 1日			
事業所名(任継・特退の場合は記入不要)										連絡先							
社名					従業員番号					内線TEL				日中の連絡先電話番号			
ルネサスエレクトロニクス										03-1234-5678							

被保険者本人が入院又は通院の場合は、氏名欄は被保険者名、続柄欄に本人とご記入ください。

申請内容

入院又は通院する方の氏名	フリガナ レイワ ハナコ 令和 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	5年 5月 1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)	送付先住所記載(原則として、ご自宅の住所を記載願います。)						
認定証の受取人氏名	令和 太郎		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	〒100 1111 東京都千代田区大手町1-2-3				TEL:03-1111-1111	
	名称	平成病院					
入(通)院期間(予定)	令和 年 月 日 ~ 年 〇月 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(再交付の場合は、該当する理由を○で選択してください。	

<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 業務係(限度額適用認定証)

社内便宛先: む / # H1S2 / ルネサス健保

- 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高齢受給者証の「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。

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