＜注意＞
この申請は、70歳未満の方と、70歳以上で資格確認書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、資格確認書により自己負担限度額が固定の為、申請対象外です。）

健康保険　限度額適用認定申請書

記入例

提出日	令和　○　年　△　月　□　日

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

基本情報

※枝

被保険者の記号・番号（右詰め）																	
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	令和　太郎	生年月日	4 年　1 月　1 日		
事業所名（任継・特退の場合は記入不要）																日中の連絡先電話番号	
社名													従業員番号				

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	ﾌﾘｶﾞﾅ　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　○ 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（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