

医療機関や調剤薬局の窓口で「保険証」と「限度額適用認定証」を提示することにより、窓口で支払う高額な医療費の自己負担額が、総医療費の3割（就学前・70歳以上を除いた場合）ではなく、法定自己負担限度額までにおさえることが出来ます。（詳細はホームページ）

被保険者情報	被保険者証 の（左つめ）	記号（1か2か3） □	番号（保険者番号06270748ではありません） □□□□□□□□	生年月日 年 月 日
	氏名 (フリガナ)	□昭和 □平成 □令和 □□□□□□□□		

認定対象者情報	療養を受ける方（被保険者の場合は記入不要）	氏名	生年月日 年 月 日
	療養開始予定日（高額な医療費となる診療開始月）	年 月～	続柄 □昭和 □平成 □令和 □□□□□□□□

希望送付先	希望送付先を選択して（○をつけて）ください。また送り先をご記入ください（必ず）	
	1. 重要便で送付希望	2. 郵便（簡易書留）で送付希望
	便の宛先を記入	送り先住所を記入 〒 -
	日中の連絡先 TEL ( )	日中の連絡先 TEL ( )

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	被保険者との関係	申請代 行の理 由 □被保険者本人が入院中のため □その他 ( )
	電話番号 (日中の連絡先)		

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

**【注意事項】**

- 高額な医療費がかかる見込みのある方のみ申請してください。
- 健保組合に届いた月の1日が適用開始日となります。
- 交付された「限度額適用認定証」は、高額な医療費がかからなくなった・有効期限を過ぎた・資格を喪失したときは返却してください。

先発医薬品に変えてジェネリック医薬品を使用すると、医療費が安くなります。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

健保記入欄（適用区分）
ア・イ・ウ・エ・オ

大阪ガス健康保険組合
------------

受付日付印
-------