

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等 記号・番号				所 属 事 業 所				
被 保 険 者 情 報	氏 名				生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成		
	住 所	〒 ー						
	電話番号	ー () ー ※日中の連絡先をご記入ください。						
適 用 対 象 者 欄	限度額証を必要とされる方が 70 歳以上の場合、健康保険高齢受給者証の提示のみで限度額証を使用した場合と同様の取り扱いとなりますので、申請は不要です。							
	氏 名 (療養を受ける人)	昭・平・令 年 月 日 (歳)				被保険者 との続柄		
	療養予定期間 (限度額証必要期間)	☐ 入院 ☐ 外来	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
	療養を受ける、または 受けている保険医療 機関の名称、所在地	名 称						
		所在地	〒 ー					
第三者行為（交通事故等）によるものですか					☐ はい ・ ☐ いいえ			

申請 代行 者 欄	被保険者（本人）以外が申請される場合にご記入ください。					
	氏名		④	被保険者との関係		
	電話番号	－ （ ） － ※日中の連絡先をご記入ください。				
	申請代行の理由	☐ 被保険者が入院中のため ☐ その他（ ）				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

〔留意事項〕

- 限度額適用認定証（以下、「限度額証」という。）の発効年月日は、厚生労働省の通達により「申請を受けた日の属する月の初日」と定められているため、**申請書を受け付けた前の月に遡っての発行はできません**ので、余裕をもって申請してください。
- 被保険者の所得変動（標準報酬月額の変更）に伴い、有効期間途中で適用区分欄に表示された区分が変更になったときは、改めて限度額適用認定証の申請手続きが必要となります。
- 限度額証が不用になった場合や有効期限が過ぎた場合は、必ず当組合に返納してください。

受付日付印

健保決裁欄	常務理事	担 当 者	担 当 者
	標報月額	千円	
	適用区分	ア イ ウ エ オ	