

健康保険 限度額適用認定申請書



令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		番号						事業 所名	(所属) (日中の連絡先)
	被保険者氏名	フリガナ							生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者住所	〒 - 電話 ()									
	適用対象者 氏名	フリガナ					続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	入院(予定)日	令和	年	月	日頃から	令和	年	月	日頃まで		
	通院(予定)日	令和	年	月	日頃から	令和	年	月	日頃まで		
	希望 送付先	〒 - 連絡のとれる電話番号									

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。

〔注意事項〕

- 適用対象者が被保険者の場合は「本人」と記入ください。被扶養者の場合は、氏名、続柄等の記載事項を記入ください。
- 入院・通院開始予定日ならびに予定期間は医師に確認のうえ、必ず記入ください。
- 発行する認定証の有効期間は、原則として申請した月の初日から最長**6か月**間です。
- 交付する「健康保険限度額適用認定証」は指定される所（職場への社内メール、自宅、その他病院など）へ送付しますので、希望送付先を記入ください。
- 有効期間経過後引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要です。
- 使用後もしくは有効期限に到達した場合は、速やかに「認定証」を当健保組合へ返却ください。
- この用紙を申請できるのは、**70歳未満の方と70歳以上で3割負担(現役並Ⅰ・Ⅱ)の方**です。
70歳以上で2割負担の方と3割負担で現役並Ⅲの方は、「高齢受給者証」を提示ください。
(手続きは不要です)
- 被保険者が低所得(=非課税世帯)の場合は、別途手続きが必要ですので、健保へお問い合わせください。

受付番号【 】

健 保 記 入 欄	発効年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ	担 当
	有効期限	令和 年 月 日	標準報酬月額	千 円	
	交 付 日	令和 年 月 日	更新履歴	初回・ 回目(回収・未回収)	