

標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者
適用区分	ア・イ・ウ・エ			
認定証回収日	年　月　日			

健康保険限度額適用認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被保険者証 記号一番号		-		
被保険者	氏名		在籍会社	
	生年月日 (和暦)	年　月　日	所属部署	
	住所	〒 ※平日の日中に連絡がつく連絡先 (TEL)		
適用対象者	氏名			
	生年月日 (和暦)	年　月　日	被保険者との続柄	
入院期間	年　月　日～		年　月　日	(見込み)
認定が必要になる初日	年　月　日 (見込み) ※いつから有効の認定証が必要かご記入ください。			
認定証送付先 ※	事業所・自宅 その他()	〒	(TEL)	
※ 入院中等やむを得ず医療機関への送付を希望される場合は、医療機関に直送の了承をとった上で、郵便が手元に届く宛名（病院名・階数・病棟名・病室番号等詳細）をご記入ください。 ※ ご親族宅等をご指定の場合は、郵便が届く宛名（○○様方等）をご記入ください。				

《 注意事項 》

- ①原則として申請書が健康保険組合に受付された日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- ②70歳以上で自己負担の割合が「2割（または1割）」の方は申請不要です。
- 「高齢受給者証」を医療機関窓口にてご提示いただくことで、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。
- ③マイナ保険証で受診すると、認定証がなくても本人が同意すれば、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。

標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者
適用区分	ア・イ・ウ・エ			
認定証回収日	年月日			

健康保険限度額適用認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被保険者証 記号一番号		〇〇 - 〇〇〇〇〇		
被保険者	氏名	健保 太郎	在籍会社	〇〇株式会社
	生年月日 (和暦)	昭和〇〇年〇月〇日	所属部署	〇〇〇〇〇
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇〇 ※平日の日中に連絡がつく連絡先 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
適用対象者	氏名	健保 花子		
	生年月日 (和暦)	昭和〇〇年〇月〇日	被保険者との続柄	妻
入院期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日 (見込み)			
認定が必要になる初日	令和〇年 〇月 〇日 (見込み) ※いつから有効の認定証が必要かご記入ください。			
認定証送付先 ※	事業所 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 その他 ()	〒	同上	(TEL)
※ 入院中等やむを得ず医療機関への送付を希望される場合は、医療機関に直送の了承をとった上で、 郵便が手元に届く宛名（病院名・階数・病棟名・病室番号等詳細）をご記入ください。 ※ご親族宅等をご指定の場合は、郵便が届く宛名（〇〇様方等）をご記入ください。				

《 注意事項 》

- ①原則として申請書が健康保険組合に受付された日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- ②70歳以上で自己負担の割合が「2割（または1割）」の方は申請不要です。
- 「高齢受給者証」を医療機関窓口にてご提示いただくことで、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。
- ④マイナ保険証で受診すると、認定証がなくても本人が同意すれば、認定証を使用した時と同様に限度額が適用されますので、本申請は必要ありません。