

発行年月日	有効年月日	区分	報酬月額	課長	係長	係
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	ア・イ・ウ・エ 現役 II・I	千円			

健康保険 限度額適用認定 申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者等の 記号・番号	記号	番号	※被保険者が市区町村民税非課税の方は別の申請書です。 ※70才以上の方で、2割負担の方と標準報酬月額が83万円 以上の方は申請不要です。(高齢受給者証で減額されます)		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

認 定 対 象 者	認定証を使用 する方の氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	認定証が 必要な期間	医療機関での会計がこれからの期間(未精算の期間)を記入 令和 年 月 ~ 令和 年 月		傷病原因	<input type="checkbox"/> 病気または出産によるもの <input type="checkbox"/> 外傷性(ケガ等)によるもの 別紙<負傷原因届>の添付が必要です

※認定証は原則、申請書の受付月の1日から発行します(月の途中で当組合へ加入した場合を除く)

希 望 送 付 先	上記被保険者情報の住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください。					
	※希望送付先宛の返信用封筒を添付してください。					
	※医療機関へ送付希望の場合、必ず事前に医療機関へ受取可能か確認いただき、医療機関名、病棟、病室番号等をご記入ください。					
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
宛名	社名・部署名、医療機関名・病棟・病室番号			個人名	受取人の氏名	
被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 会社担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()					

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	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> 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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄