

限度額適用認定申請書 記入例

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

健康保険 限度額適用認定 申請書

① 被保険者等の （右づめ）	記号 2 2 7	番号 3 5 0	※被保険者が市区町村民税非課税の場合は別の申請書です。 ※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 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 48 年 4 月 5 日 <input type="checkbox"/> 平成				
	住所 〒 332 - 0035 埼玉 川口市西青木 電話番号 TEL 048 (258) △△△△					

② 認定証を使用 する方の氏名	氏名 ケンポ クミコ 健保 組子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17 年 8 月 7 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	③ 認定証が 必要な期間 令和 5 年 2 月 ~ 令和 5 年 2 月	④ 傷病原因 病気または出産によるもの 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）

⑤ 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 〒 171 - 0022 東京 豊島区南池袋				
	電話番号 TEL 03 (3984) ××××				
⑥ 宛名	社名・部署名、医療機関名・病棟・病室番号 （株）タケイディスプレイ	受取人の氏名 竹井 世津子			
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 checked="" type="checkbox"/> 会社担当者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

⑦ 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 竹井 世津子	被保険者 との関係 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他（会社担当者）			
電話番号 TEL 03 (3984) ××××	申請代行 の理由 <input checked="" 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。 ⑧ 令和 5 年 2 月 1 日

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

※被保険者が市区町村民税非課税の場合は別の申請書です。

※70歳以上の方で、**[2割負担の方]**と**[被保険者の報酬月額が83万円以上の方]**は
高齢受給者証で減額されるため、申請不要です。

① 記号・番号は、①マイナポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書（健康保険証）
に記載されています。枝番の記入は不要です。

② 日中繋がる電話番号をご記入ください。

③ 会計がこれから（未精算）であり、限度額証が必要となる該当月を記入してください。
※原則、申請書の受付月の1日からの発行となります。

【例】[令和5年3月～令和5年3月]の申請書を令和5年3月4日に受付 → [令和5年3月～令和5年3月]で発行

④ 外傷性（ケガ等）の場合は、別紙『負傷原因届』を記入し、添付してください。

⑤ 限度額認定証は原則、②欄の被保険者住所へ送付します。
②欄以外へ送付希望の場合のみ記入し、返信用封筒を添付してください。

⑥ 医療機関へ送付希望の場合は、個人宛での郵便物の受取について、
医療機関担当者の了承を必ず事前に得てください。

⑦ 被保険者および療養を受ける方以外の方が申請を代行される場合のみ
ご記入ください。

⑧ こちらの申請書を記入した日付をご記入ください。