

健康保険限度額適用認定申請書

本書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。 申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	—	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
	所属事業所					
	所属名称					
	認定証の 送付先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 受領代行者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		〒 —				
連絡先 勤務先	— —		連絡先 自宅	— —		
適 用 対 象 者	被保険者が適用対象者の場合は記入不要です。					
	氏名		被保険者 との続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
認定を必要とする期間 (入院または通院の予定期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※ 認定期間は最長1年間です。					
申 請 ・ 受 領 代 行 者	被保険者以外の方が申請または受領する場合にご記入ください。					
	氏名	印	被保険者 との関係	代 行 す る 事 項	<input type="checkbox"/> 申請	
	住所	〒 —			<input type="checkbox"/> 受領	
	電話番号 (日中の連絡先)	— —				
	申請・受領 代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請または受領できないため <input type="checkbox"/> その他 ()				

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	---

- (注意事項)
- 認定証は、医療費の窓口自己負担相当額(総医療費の2割または3割)が自己負担限度額を超過する場合にのみ適用となります。
 - 本申請書は、直接健康保険組合に提出してください。

決定年月日：令和 年 月 日

健 保 組 合	伺			証 交 付	証 回 収
	常務理事	事務長	担当		

健 保 組 合 処 理 欄	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末
標準報酬月額	千円
適用区分	

受 付 印