

| | | | | | |
|------------|----------|--------------|--|----------------|----------------|
| 決定日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当者 |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 発効時の標準報酬月額 | 千円 | 適用区分 | ア. 83万円以上 イ. 53万～79万円 ウ. 28万～50万円 エ. 26万円以下 | 被保険者 | 取得 S・H・R 年 月 日 |
| | | | | 喪失 S・H・R 年 月 日 | |
| 備考 | | 認定証 交付対象者 | 取得 S・H・R 年 月 日 | | |
| | | | 喪失 S・H・R 年 月 日 | | |

健康保険 限度額適用認定申請書

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|----------------------|--------|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 記号 | 番号 | 社員番号 | |
| | 被保険者 | 氏名 | 事業所名 称 | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生(才) | | |
| | | 住所 | 〒 - (日中連絡可能なもの。携帯可。) | | |
| 認定対象者欄 | 認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入不要) | 氏名 | 被保険者との続柄 | | |
| | | 生年月日 | 性別 | 男・女 | |
| | 傷病名 | 外傷性の負傷によるものですか | | はい・いいえ | |
| | 療養予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| 希望送付先 | 認定証送付先 ※ 該当に○ | 1. 被保険者勤務先(社内便) → [ビル名 ※記入必須] _____階 2. 被保険者住所(書留) | | | |
| | 被保険者住所・勤務先以外への送付を希望する場合のみ記入してください | 宛名(フルネーム) | 被保険者との関係 | | |
| 〒 - (日中連絡可能なもの) ※医療機関に送付希望の場合は、必ず事前に医療機関に送付可能か確認して下さい。 | | | | | |

| | | | | |
|--------|---|-----------------|----------|-------------------------------------|
| 申請代行者欄 | 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。 ※被保険者が記入不可能な場合のみ | | | |
| | 氏名 | 印 | 被保険者との関係 | |
| | 電話番号 | (日中の連絡先) - - | 申請代行の理由 | 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他() |

上のおり『健康保険限度額適用認定証』の交付を申請します。

／ 受付年月日 \

< 備考 >

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入してください。
※マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

※ 限度額適用認定証の発効年月日(使用可能になる日)は、この書類が健康保健組合に届いた日の属する月の1日からとなります。

※ 『健康保険限度額適用認定証』は、最終的に回収します。紛失しないよう御注意ください。