※健康保険組合処理欄

| 決　定　日 | 令和　　年　　月　　日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 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<br>イ. 53万～79万円<br>ウ. 28万～50万円<br>エ. 26万円以下 |
|---|---|---|---|
| 備　考 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者 | 取得 | S･H･R　　年　　月　　日 |
| | 喪失 | H･R　　年　　月　　日 |
| 認定証交付対象者 | 取得 | S･H･R　　年　　月　　日 |
| | 喪失 | 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 | 〒　　－ | | | | |
| | | | TEL　　－　　－　　（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 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 生（　　才） | 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<br>※ 該当に○ | 1. 被保険者勤務先（社内便）→ ［ビル名　　※記入必須　　_____階］<br>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 | |
| | | 〒　　－<br>TEL　　－　　－　　（日中連絡可能なもの。携帯可。）<br>※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 | | ㊞ | 被保険者との関係 | |
| | 電話番号 | （日中の連絡先）<br>－　　－ | 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<br>2. その他（　　） | |

上のとおり『健康保険限度額適用認定証』の交付を申請します。

／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。