注意!! 申請書を記入する前に、必ず読んでください。

＊『限度額適用認定証』は、この『健康保険 限度額適用認定申請書』が、当健康保険組合に届いた日の属する月からのみ有効になりますのでご注意ください。

例） 4/30 健保組合着 → 4/1(入院日）から有効、
5/1健保組合着 → 5/1(入院日）から有効

＊ 第三者に関る怪我・交通事故・労災（自損含む）に該当する場合は、申請できません。

＊ この申請は、家族内であっても1人につき1枚必要です。

＊ 『限度額適用認定証』は、最終的に返却していただきますので紛失にご注意ください。

＊ 修正テープは使用しないでください。記入誤りが生じた場合は2重線を引き、正しい内容を記入してください。

＊ 鉛筆での記入⇒提出は不可

＊ あなたが、市町村民税非課税世帯・生活保護の被保護者である場合は、高額療養費の支給要件が変わります。その場合は、この書類は提出せずに健康保険組合へお問合せください。

記入例

※健康保険組合処理欄

決定日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当者
発効年月日	令和 年 月 日				
有効期限	令和 年 月 日				

健康保険組合 記入欄

発効時の標準報酬月額	分 エ. 26万円以下	認定証交付対象者	長入	S・H・R	年 月 日
					年 月 日
備考			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	保険者証号番号	記号	1	番号	12345	社員番号	999999
	被保険者	氏名	大塚 一郎				
		生年月日	昭和・平成 4 年 5 月 3 日生（ 2				
		住所	〒102 － 0073 東京都 ○○区 ○○○ 0-0-0				
			TEL 00 － 0000 － 0000	（日中連絡可能なもの。携帯可。）			
認定証交付対象者欄	認定証交付対象者（被保険者の場合は記入不要）	氏名	大塚 華子			被保険者との続柄	妻
		生年月日	昭和・平成・令和 6 年 5 月 3 日生（ 26 才）			性別	男・女
	病名		虫垂炎			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 1 年 6 月 3 日 ～ 令和 1 年 7 月 31 日				
希望送付	認定証送付先 ※ 該当に○		1. 被保険者勤務先（社内便）→ ビル名 大宮○○第2ビル ※記入必須 5				
			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	
			〒 －				
			TEL － － （日中連絡可能なもの。携帯可。）				
			※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				

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	
電話番号	（日中の連絡先） － －		）

り『健康保険限度額適用認定証』の

病名は正確でなくても結構です。わかる範囲で必ず記入してください。

外傷（骨折・捻挫 等）の場合は、別途『負傷の原因に関する調書』の提出が必要です。
※ 上記注意事項参照!!

認定証交付前に、急ぎでお問い合わせする場合がありますので、日中連絡可能な電話番号を必ず記入してください

入院（通院）予定期間を記入してください

認定証送付先は、1.2.どちらかに○をつけ、社内便の場合は必ずビル名と階数を記入してください。
※注意※
「2.被保険者住所」の場合は、書留郵便 のため 日中の受取人が必要です。

記入誤りが生じ場合は2重線を引いて正しい内容を記入してください.
修正テープは使用不可

認定証の送付先を、1.被保険者住所 2.勤務先以外にしたい場合のみ記入してください。

※注意※ 医療機関への送付を希望する場合は、必ず医療機関に事前に許可を得てください。