

# 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

常務理事	事務長	担当者

申請区分	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 継続 (有効期限延長)					
↓ 被保険者(社員本人)について記入してください。 ↓						
被保険者情報	被保険者記号・番号	記号	番号(従業員番号)	(フリガナ)氏名	(フリガナ) (氏) (名)	
	事業所名	住所			〒 都道府県	
	部署名及び電話番号					
↓ 認定証が必要な方について記入してください。 ↓						
交付対象者または申請者が記入するところ	対象者の区分と氏名等	区分	被保険者 被扶養者	氏名	続柄 本人	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	認定証が必要な期間		令和 年 月 日から			
↓ 申請書を作成する方について記入してください。 ↓						
申請者情報	申請者の区分	<input type="radio"/> 被保険者およびその家族 <input type="radio"/> 代理申請/社員(上長、担当者等)による → 下の代理申請者の情報①(社員による場合)を記入してください。 <input type="radio"/> 代理申請/第三者による → 下の代理申請者の情報②(第三者による場合)を記入してください。				
	代理申請者の情報	① 社員による場合	従業員番号	氏名	電話番号	
		② 第三者による場合	氏名	証明対象者との関係	連絡のとれる電話番号	
代理理由		<input type="radio"/> 被保険者が入院中等により、申請書の作成が困難なため <input type="radio"/> その他 <input type="text"/> 理由				
↓ 認定証の受取り方法を選択してください。郵送を希望されるときは郵便番号・住所・宛名を正確に記入してください。 ↓						
証明書の受取方法	授受方法	<input type="radio"/> 健康保険組合の事務所で受け取る <input type="radio"/> 社内メールBOXまたはメール便 <input type="radio"/> 郵送(下欄に宛先を記入)				
	郵送時の宛先	〒 都道府県 宛名:				
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。						
令和 年 月 日						

※ この申請は、70歳未満の被保険者および被扶養者で、入院・外来の診療により高額な医療費がかかると思われる方に限ります。70歳以上の方は「高齢受給者証」を提示することで同様の扱いとなりますので、限度額適用認定証は必要ありません。

※ 前年度の市区町村税が非課税(被保険者が非課税)であることを認められた世帯の場合、申請時にその事実を証明する書類を添付いただきますので、まずは健康保険組合までご連絡ください。

受付日付印

健保使用欄	適用区分	<input type="radio"/> ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	(標準報酬月額) 千円	区分	受領・発送日	受領・発送者印
	有効期限	自 令和 年 月 日	証明書の受領または発送の確認欄 (メモ)	<input type="radio"/> 手渡し <input type="radio"/> メール <input type="radio"/> 郵送	/	
	発行日	至 令和 年 月 日				

被保険者の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。