

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

新規

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)	(フリガナ) (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。 ↓

対象者の 区分と 氏名等	区 分	被保険者	氏 名	続柄	生年月日
		被扶養者			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。 ↓

申請者の 区 分	☐ 被保険者およびその家族				
	☐ 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。				
	☐ 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	印	証明対象者 との 関係	
				連絡のとれる 電 話 番 号	
				代理理由 ☐ 被保険者が入院中等により、申請書の作成が困難なため ☐ その他 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。 ↓

授 受 方 法	☐ 健康保険組合の事務所で受け取る ☐ 社内メールBOXまたはメール便 ☐ 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予想される方に限ります。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	ア イ ウ エ オ	(標準報酬月額)	証明書の受領または発送の確認欄 (メモ)	区分	受領・発送日	受領・発送者印
	有効期限	自 令和 年 月 日	千円		手渡し	/	
		至 令和 年 月 日			メール		
発行日	令和 年 月 日				郵 送		

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。