*健保記入欄

専務理事	常務理事	事務長	課長	担当者	備　　考

発効年月日	令和　　年　　月　　日	標準報酬月額	千円
有効期限	令和　　年　　月　　日		
取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ 現役並みⅠ・現役並みⅡ
被扶養者認定日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

＜申請前にご確認ください＞

マイナ保険証を医療機関等の窓口に提示すれば、限度額適用認定証が無くても高額療養費の自己負担限度額を適用することができます。

受診する医療機関等がマイナ保険証に対応していない場合や資格確認書・健康保険証で医療機関等を受診する場合は、この申請書にてご申請ください。

下記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

被保険者等記号・番号	・	事業所名		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		
適用対象者 （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	入院（予定）日、または認定証が必要となる日	令和　　年　　月　　日
被保険者の住所	〒　　－ TEL（　　）　　－			

認定証送付先 ①被保険者住所以外の送付先をご希望の場合のみ記入してください。 ②病院への送付については、受取りについてあらかじめ病院の方に相談してください。	住所 （事業所名・所在地・部署名等）	〒　　－ TEL（　　）　　－		
	受取人氏名		被保険者との関係	

※被保険者が入院中等により代理者が申請する場合は記入してください

代理者	氏名		被保険者との関係	
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		

（例）事業所担当者、家族など

受付　年　月　日

次の注意事項をよく読んで申請してください

1 認定証の発効年月日（有効期間の初日）は、当組合で受付した日の属する月の初日となります。
ただし、申請のあった月に資格取得、又は被扶養者となった場合は、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

2 有効期限は、発効年月日の次に到来する8月31日、又は資格を喪失する日の前日（任継の場合など）までです。

3 有効期限が過ぎ、引き続き認定証が必要な場合は、9月に申請書を提出してください。

4 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。