

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書		常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者
70歳未満 低所得者以外の方							
70歳以上 標準報酬月額28万円～79万円の方							

◇マイナ保険証をお持ちの方は、この申請書を提出する必要はありません。医療機関の窓口でマイナ保険証を利用すると、高額療養費制度における限度額を超える医療費の支払いが免除されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。申請にあたっては医療機関にご確認ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒 ー		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
認定対象者	認定証を 使用される方	氏名	続柄	生年月日	年 月 日
	傷病名(注1)	(受診することとなった原因： ケガ・ケガ以外)			
	療養予定期間 認定証を必要とする 期間(注2)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			

注1：傷病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」(申請書一覧：給-16)を添付してください。
第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので組合にご連絡ください。
注2：限度額適用認定証は申請書の受付月の初日より最大1年間の有効期限を設定し交付します。受付月の前月に遡って発行することはできません。

希望送付先	希望送付先へ○ をつけてください (注3)	被保険者住所	事業所住所	その他
	送付先が被保険者 住所以外の場合にご 記入ください	〒 ー	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名		被保険者 との関係	

注3：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

【限度額適用認定証の申請における注意事項】

- ◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
- ◎ 下記の①～④に該当した場合は、限度額適用認定証をすみやかに返却してください。
- ①被保険者が資格喪失したとき ②適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
- ③認定証が有効期限に達したとき ④認定証に記載された認定条件に該当しなくなったとき
- ◎ 認定証の交付をお急ぎの方は返信用封筒を添付してください。(通常は普通郵便での送付となります)
- ◎ 70歳未満の方で、「区分ウ」および「区分エ」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で標準報酬月額26万円以下の「区分一般所得者」の場合のうち被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、別様式「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(申請書一覧：給-9)をご提出ください。

※健保組合記入欄	
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ / I・II

受付日付印