

常務理事	検 印	担 当



決定年月日

1

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の 番号 (右づめ)	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒 -)				* 特例退職被保険者・任意継続被保険者は、記載不要 (登録住所へ送付)		
	電話番号 (日中の連絡先)	()						

申請内容	<以下に該当する場合、健康保険限度額適用認定証は不要> ・認定証を必要とされる方が70才以上で、2割負担の保険証をお持ちの場合、健康保険証(高齢受給者証)の提示のみで認定証を使用した時と同様の取り扱いとなりますので、認定証は必要ありません。							
	認定証が必要な方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			被保険者と家族の方が必要な場合は、それぞれ申請用紙が必要です。			
	家族が必要な場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	発行日	<申請用紙が健康保険組合に届いた月の1日からになります> <input type="checkbox"/> 前月より有効な認定証希望						
	申請理由	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 継続申請 <input type="checkbox"/> 紛失(※注1)・き損						
国や市町村の医療費助成を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい					<input type="checkbox"/> いいえ		
	* はいの場合、助成内容をご記入ください。 ・助成の種類(乳幼児医療、障害者医療、難病など)・・・() ・助成該当年月日(いつから助成を受けているか)・・・()							
今回の申請は工作中、通勤途中、相手のいる事故(第三者行為)等ですか	<input type="checkbox"/> はい					<input type="checkbox"/> いいえ		
	<該当される場合は、事前に健康保険組合への連絡が必要です> 健康保険組合へ連絡・・・ <input type="checkbox"/> ①済み(連絡日:) <input type="checkbox"/> ②未連絡							

送付希望先	原則、被保険者住所へのお届けとなりますが、入院中等でやむを得ず別の住所に送付希望される場合のみご記入ください。 * ●●様方、●●病院●階●病棟●●号病室 等 詳しくご記入ください。							
	住所	(〒 -)						

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請される場合にご記入ください								
	氏名	(フリガナ)					被保険者との関係		
	住所	(〒 -)					代理申請の理由	<input type="checkbox"/> ①被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> ②その他 ()	
	電話番号 (日中の連絡先)	()							

(※注1)紛失の場合は別途、返却不能届も送付してください。

健保受付印