

常務理事	検印	担当

G

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					
	氏名	(フリガナ)								
	住所※ 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 - ) ( )								

※特例退職・任意継続被保険者の方は、ご登録の住所へ送付しますので記入不要です

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です>健康保険証の提示のみで、限度額の適用を受けることができます ・70才以上で、自己負担割合が2割負担の方										
	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					
	発行日	<申請用紙が健康保険組合に届いた月の1日>						<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(※1)・き損									※1. 返却不能届を併せて提出ください
国や市町村の医療費助成を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい * 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) . . . ( )								<input type="checkbox"/> いいえ		
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 <該当される場合は、健康保険組合への連絡をお願いします> 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								<input type="checkbox"/> いいえ		

希望送付先	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 ※書留便の受取ができるよう詳しく記入ください(●●様方、●●病院、●●科、●●病棟、●●号病室等)									
	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 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 - ) ( )						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 ( )			

【申請前にご確認ください】受診医療機関に事前申請が必要かどうかご確認ください。  
●医療機関等の窓口でマイナ保険証(または健康保険証)を提示することで、高額療養費限度額の適用を受けることができるようになりました。  
●オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合は、本申請書にてご申請ください。

健保受付印