

健康保険 限度額適用認定 申請書 70歳未満 一般・上位所得者用	常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

1 申請年月日 令和 年 月 日

健保	R	月 / 月額
記入欄	R	月 / 月額

被保険者情報	2 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平・令 ××年 ×月 ×日
	住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区○○ ×-× △△マンション×××号	4 提出委任	<input type="checkbox"/> 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✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	5 受診者 認定証を使用される方	氏名 健保 花子 続柄 妻	6 療養予定期間	令和 ×年 ×月 令和 ×年 ×月
	7 傷病名	右膝靭帯損傷 (受診することとなった原因: ケガ・ケガ以外)	ケガが原因の場合(注2)	いつ 平成 令和 ×年 ×月 ×日(×) 飲食物に入ろうとしたところ、階段から転落し負傷。 そのときの状況

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)
注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	3 住所(注3)	〒 100 - 0000 東京都新宿区○○ ×-× △△ビル○階	電話番号(日中の連絡先)	090 (××××) ××××
	あて名	株式会社 ○○○○ 健保 太郎	被保険者との関係	本人

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。

○ 申請代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限りです。

申請代行者	氏名	被保険者との関係
	住所	〒 -
9 申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他()	電話番号(日中の連絡先) ()

使用されなくなった場合や有効期限を過ぎた場合は、限度額適用認定証を健保組合まで返納してください。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。) 受付日付印

10

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガの原因が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。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- やむを得ない事情で被保険者が当該申請書の作成(申請)ができず、事業所のご担当者等が申請代行される場合、申請代行者の情報をご記入ください。
- 2の被保険者証等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

限度額適用認定証は、申請書を健保組合で受付した当日に希望送付先へ送付します。速達での送付をご希望なされる方は、申請年月日横の空いているところへ「速達希望」とご記入ください。

【この申請書の対象とならない方】

- 70歳以上の方
70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。
- 被保険者が非課税の方
標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。