

事業所担当印

健康保険 限度額適用認定 申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	期限切れによる更新、滅失による再交付の場合			
	被保険者 証の	—	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 滅失による再交付申請		
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
住所	〒	—	電話番号	()		
事業所 名称			所在地			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方の氏名（被保険者の場合は記入不要）	生年月日	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	療養予定期間 ※				
	令和	年	月	日	～ 令和
		年	月	日	

※ 記載がない場合、原則受付をした月の1日から有効となる限度額適用認定証が交付されます。

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏名	被保険者 との関係			
	電話番号 (日中の連絡先)	()	申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため	<input type="checkbox"/> その他
			()		

注
意
事
項

在職中の方は、事業所の社会保険担当者にご提出ください。

任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合にご提出ください。

限度額適用認定証は、精算済の場合は使えません。申請は余裕をもってお願いします。

「他人にケガをさせられた」「交通事故に遭った」など、加害者（第三者）の行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」が必要になります。必ず健康保険組合までご連絡ください。

上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。

提出日 令和 年 月 日

健保受付年月日

常務理事	事務長	係

標準報酬月額	適用区分
千円	