|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |

健康保険　限度額適用認定申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | 記号・番号 | 　　　―　　　 | 事業所名 |  |
| 被保険者氏　　名 |  | 生年月日 | □昭和 □平成　　 年　 　　月　　　日 |
| 被保険者住所・連絡先 | 〒　　－ | TEL（　　　　　）　　　　　－ |
| **適用対象者**※被保険者の場合は記入の必要はありません | 適用対象者氏　　名 |  | 生年月日 | □昭和 □平成　　 年　 　　月　　　日□令和 |
| 適用対象者性　　別 | 男　・　女 | 被保険者との続柄 |  |
| 適用対象者住所・連絡先 | 〒　　－ | TEL（　　　　　）　　　　　－ |
| **申請代行者**※被保険者・適用対象者以外の方が申請する場合に記入してください。 | 申請代行者氏　　名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請代行者住所・連絡先 | 〒　　－ | TEL（　　　　　）　　　　　－ |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　令和　　年　　月　　日　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。　　限度額適用認定証の送付先は【事業所・被保険者・適用対象者・申請代行者】の住所　　にお願いします。　　　　　　 　（希望郵送先へ○を付してください。）　　**※申請代行者が被扶養者もしくは事業主以外で、申請代行者の住所に送付希望の場合は、被保険者との続柄を証明する書類（写し）等を添付してください。**（戸籍謄本の写し等） |

※限度額適用認定証が適用されるのは、申請を受付けた月の1日から直近の8月31日までとなります。有効期限後引き続き高額な診療を受けられる場合は、改めて交付の申請をしてください。

**□　本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）**

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

**（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 備 考 欄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 受付印 |
| 発効年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 有効期限 | 令和　　年　　月　　日 |
| 標準報酬月額 | 　　　　　 千円 |
| 適用区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ |
| ７０歳以上適用区分 | 現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ  |

　　【令和1年5月1日改】