

		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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被保険者住所・連絡先	〒 —	TEL ( )	—
適用対象者 <small>※被保険者の場合は記入の必要はありません</small>	適用対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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 <small>※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。</small>	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。) <b>※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)</b>				

※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】