

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満 | 上位所得者・一般所得者用
70歳以上 | 標準報酬月額28万円～79万円の方

常務理事	事務長	担当者

市区町村民税非課税者などの低所得者の方は
「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」
にてご申請ください。

健保組合記入欄			
標準報酬月額 千円	70歳未満 適用区分	ア・イ・ウ・エ	
	70歳以上 適用区分	現役並Ⅰ・現役並Ⅱ	
発効年月日	令和	年	月 日
有効年月日	令和	年	月 日

- * 限度額適用認定証の発効年月日は、厚生労働省の通達により「申請を受けた日の属する月の初日」と定められているため、**前月に遡っての発行はできません。**
- * 限度額適用認定証を必要とされる方が**70歳以上で、2割負担の健康保険証**をお持ちの場合、健康保険証(高齢受給者証)の提示のみで認定証を使用したときと同様の取扱いとなりますので認定証は必要ありません。

		記入日	令和	年	月	日
被保険者情報	被保険者証 記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月 日
	氏名	(フリガナ)	(男・女)			
	住所	〒 - 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称					
認定対象者	認定証が必要な方	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	氏名	(男・女)		被保険者との続柄		
	国や市町村の医療費助成を受けられていますか?	<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	

注1: 傷病名がケガ(骨折・捻挫・打撲等)の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください。

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ので組合にご連絡ください。

注2: 限度額適用認定証は申請書の受付月の初日より最大1年間の有効期限を設定し交付します。

希望送付先	送付希望先へ○をしてください(注3)	労務管理室	被保険者住所	その他
	送付先が被保険者住所以外の場合にご記入ください。	〒 -	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者との関係		

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をご確認いただき、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)	〒 -	代行申請の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()

※下記の①～④に該当した場合は、限度額適用認定証をすみやかに返却してください。

- ①被保険者が資格喪失したとき
- ②認定対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
- ③認定証が有効期限に達したとき
- ④認定証に記載された認定条件に該当しなくなったとき

受付日付印

事前申請は不要となります。事前のマイナ保険証を利用すれば、事前のマイナ保険証をせひご利用ください。高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額認定証の