

【健保承認欄】

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

◎記入に関しては裏面の留意事項をご確認のうえ、太枠内をご記入下さい。

被保険者証の記号・番号 記号 番号		事業所名		標準報酬月額
				千円
被保険者	フリガナ			生年月日
	氏名	⑩		昭和 平成 年 月 日
	住所 電話番号	〒 — TEL ()		
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	フリガナ			生年月日
	氏名			昭和 平成 令和 年 月 日
	続柄	性別 男 ・ 女		※事業所経由、又は健保窓口で受け取り希望の場合は郵送先住所の記入は必要ありません。
受取方法	事業所経由 ・ 健保窓口 ・ 郵送(下記を記入)		※郵送の場合は簡易書留となります。受取サインが必要となりますのでご注意ください。	
郵送先住所 (被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません)	氏名			
	住所 電話番号	〒 — TEL ()		
認定証交付開始年月 (必ずご記入下さい)		令和 年 月 日 ~ 一年間		

※非課税対象者の方は、非課税証明書の添付(原本)をお願いいたします。
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。

処理結果	
発効月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

受付日付印

【限度額適用認定証の申請における留意事項】

- 1 限度額適用認定証の交付対象者は入院・外来診療中又は入院・外来診療の予定のある方に限ります。
- 2 限度額適用認定証の交付開始年月は、厚生労働省の通達により「発行年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、前月に遡っての発行は原則できません。
- 3 有効期限は発効日の属する月から1年間となります。
- 4 被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際は認定証を返納してください。
 - ① 被保険者が資格を喪失したとき。
 - ② 認定証交付対象者である被扶養者が資格を喪失したとき。
 - ③ 認定証の有効期限に達したとき。
 - ④ 被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。
 - ⑤ 被保険者の記号・番号が変更になったとき。
 - ⑥ 認定証交付対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき。
- 5 業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。仕事中や通勤途中で発生した傷病には使用できません。
- 6 非課税対象者の方は、「非課税証明書」の添付をお願い致します。