健康保険　限度額適用認定証交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者または申請者が記入するところ

申請区分	新　規	継　続（有効期限延長）

↓ 被保険者（社員本人）について記入してください。 ↓

被保険者情報	被保険者証の記号及び番号	記号	番号（従業員番号）	（フリガナ）氏名　　㊞
	事業所名		住所	〒　都道府県
	部署名及び連絡先	TEL（内線可）		

↓ 認定証が必要な方について記入してください。 ↓

交付対象者情報	対象者の区分と氏名等	区分	被保険者／被扶養者	氏名	続柄	生年月日　年　月　日
		認定証が必要な期間	年　月　日 から			

↓ 申請書を作成する方について記入してください。 ↓

申請者情報	申請者の区分	○被保険者およびその家族 ○代理申請／社員（上長、担当者等）による　→下の代理申請者の情報①（社員による場合）を記入してください。 ○代理申請／第三者による　→下の代理申請者の情報②（第三者による場合）を記入してください。			
	代理申請者の情報	①社員による場合	従業員番号	氏名　㊞	連絡先（内線等）
		②第三者による場合	氏名　㊞ ※医療機関の方の場合は、医療機関名・ご担当者名をご記入ください。	証明対象者との関係	
				連絡の取れる電話番号	
			代行理由	○被保険者が入院中等により、申請書の作成が困難なため　○その他　理由	

↓ 認定証の受取り方法を選択してください。郵送を希望されるときは郵便番号・住所・宛名を正確に記入してください。 ↓

証明書の授受方法	授受方法	○健康保険組合の事務所で受け取る　○社内メールBOXまたはメール便　○郵送（下欄に宛先を記入）
	郵送時の宛先	〒　都道府県 宛名：

上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。

年　月　日

※ この申請は、70歳未満の被保険者および被扶養者で、入院・外来の診療により高額な医療費がかかると予想される方に限ります。70歳以上の方は「高齢受給者証」を提示することで同様の扱いとなりますので、限度額適用認定証は必要ありません。

※ 前年度の市区町村税が非課税（被保険者が非課税）であることを認められた世帯の場合、申請時にその事実を証明する書類を添付いただきますので、まずは健康保険組合までご連絡ください。

受付日付印

健保使用欄

適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ	（標準報酬月額）　千円	証明書の受領または発送の確認欄	区分	受領・発送日	受領・発送者印
有効期限	自　年　月　日			○手渡し ○メール ○郵送	／	
	至　年　月　日		（メモ）			
発行日	年　月　日					

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号（マイナンバー）で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。