

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険組合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	

健康保険被保険者証								事業所名	〇×△(株)		
記号				番号 (右づめで記入)							
1	2	3	4		5	6	7	8	所 属 (または出向先)	〇△部 ××グループ	
被 保 険 者 氏 名		健保 太郎						印 氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要	連絡先	職場	×××-××××-××××
										自宅	×××-××××-××××
自 宅 住 所		(〒 123 - 4567) 〇△県××市〇〇町*-*-*									
適 用 対 象 者 氏 名		フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子						続柄	妻		
生 年 月 日		昭和・平成 〇 年 × 月 △ 日						性別	男 ・ 女		

高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間 (健康保険限度額適用認定証の申請期間)		
平成 〇 年 × 月 △ 日 ~ 平成 〇 年 ◇ 月 末 日		
医 療 機 関	名 称 (住 所)	〇〇病院 〇△県××市◇町*-*-*
	電 話 番 号	×××-××××-××××

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。

平成 〇 年 △ 月 △ 日

留意事項 限度額適用認定証を使用される方の氏名・続柄を記入

- 1. 「高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間」については医療機関へご確認の上、記入をお願いいたします。
- 2. 認定証の発効年月日は健康保険組合に受付された日の属する月の初日となります。
受付月より遡った期間については発行できませんのでご注意ください。
- 3. 本人が自ら署名した場合は、氏名横の捺印は不要です。
- 4. 当該医療機関から療養を受ける際には、健康保険証とあわせて認定証を提示してください。
- 5. 次の事項に該当した時はすみやかに健康保険組合まで認定証を返納してください。
 - ① 認定証の使用が終了したとき、または有効期限に達したとき。
 - ② 被保険者が資格を喪失したとき。
 - ③ 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
 - ④ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
 - ⑤ 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。

※低所得該当(非課税対象者)の方は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による申請となります
ので事業所健保窓口もしくは健康保険組合へご連絡ください。

受付日付印

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。

記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載	㊞