

健康保険 限度額適用認定申請書

【注意事項】

1. 原則として提出日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
2. 限度額適用認定証の有効期限は、発効日より**最長6ヵ月**です。
3. **70歳以上で自己負担の割合が「2割(または1割)」の方は申請不要**です。

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 欄	提出日	令和 年 月 日	備考					
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)			
		※任意継続および特例退職の方は記入不要です			所属・電話	(TEL :)		
	事業所 (会社)名称				所属・電話	(TEL :)		
被保険者 住所 (連絡先)	(TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください							
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ)	被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定希望月 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 当月 (提出日の属する月) より有効の認定証を希望 <input type="checkbox"/> 翌月より有効の認定証を希望						
	対象者の 傷病の原因 (いずれかに✓)	1. 第三者の行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか?			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		2. 通勤途中または業務中のものですか?			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	※上記1または2で「はい」に該当する方は、事前に当健保組合までご連絡ください							
	医療費助成 の有無 (いずれかに✓)	国や地方自治体から、医療費助成を受けていますか?			<input type="checkbox"/> はい	⇒ 下記「医療費助成の 内容」をご記入ください		
					<input type="checkbox"/> いいえ			
					<input type="checkbox"/> 申請中	⇒ 下記「医療費助成の 内容」をご記入ください		
	助成制度の名称 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療		<input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> その他 ※()に助成制度の名称をご記入ください ()				
	受給者証を交付した 市区町村名(都道府県名)			公費負担者番号(8桁)	※申請中の場合は記入不要です			
	受給者証の有効期間 ※申請中の場合は記入不要です	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日			
	認定証の 送付先 ※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	〒 -		受取人 氏名	被保険者 との続柄		受取人 連絡先	TEL :

※認定証は、「簡易書留」にて送付いたします。

インプット	証発行

受付日付印

発効年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当
有効期限	令和 年 月 日				
適用区分	ア・イ・ウ・エ	資格取得日	年 月 日		
	現役Ⅱ・現役Ⅰ	扶養認定日	年 月 日		