

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	担当者	認定証交付日	適用区分

事業所 担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者等	記号		番号	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 -	TEL	-	-
	事業所 名称				
適 用 対 象 者	療養を 受ける 方の氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	第三者 行為	<input type="checkbox"/> 1. はい 傷病の原因は第三者行為（交通事故、ケンカ等）によるものですか？ <input type="checkbox"/> 2. いいえ ※第三者行為による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。			
	療養 予定期間	<input type="checkbox"/> 1. 入院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 通院			
	送付先	※ご希望の送付先にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1. 事業所 : 事業所担当者経由で送付いたします。（緊急以外はこちらをご選択ください。） 緊急の場合 <input type="checkbox"/> 2. 被保険者 : 被保険者住所に送付いたします。 <input type="checkbox"/> 3. その他 : ご指定の住所に送付いたします。以下の欄にご記入ください。			
		宛名			
	住所	〒 -			
申 請 代 行 者	代行者 氏名	※被保険者または療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他（【】に理由を記載） 【 】
	日中連絡先	TEL	-	-	被保険者 との関係

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。

令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

受付印

【注意事項】

- 認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
- 申請書受付月以前の認定証は交付できません。緊急入院等の理由で申請できなかった場合は別途ご相談ください。

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	担当者	認定証交付日	適用区分

事業所 担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者等	記号	000	番号	000000
	氏名	健保 太郎			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 1 月 1 日
	住所	〒 000 - 0000 TEL 000 - 0000 - 0000 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇			
	事業所 名称	株式会社〇〇〇			
適 用 対 象 者	療養を 受ける 方の氏名	健保 花子			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 12 月 31 日 <input type="checkbox"/> 令和
	第三者 行為	<input type="checkbox"/> 1. はい 傷病の原因は第三者行為（交通事故、ケンカ等）によるものですか？ <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ ※第三者行為による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。			
	療養 予定期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 5 月 31 日 <input type="checkbox"/> 2. 通院			
	送付先	※ ご希望の送付先にチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 事業所 : 事業所担当者経由で送付いたします。（緊急以外はこちらをご選択ください。） 緊急の場合 <input type="checkbox"/> 2. 被保険者 : 被保険者住所に送付いたします。 <input type="checkbox"/> 3. その他 : ご指定の住所に送付いたします。以下の欄にご記入ください。 宛名 住所 〒 -			
申 請 代 行 者	代行者 氏名	※被保険者または療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他（【】に理由を記載） 【 】
	日中連絡先	TEL	-	-	被保険者 との関係

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。

令和 6 年 4 月 1 日

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

受付印

【注意事項】

- 認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
- 申請書受付月以前の認定証は交付できません。緊急入院等の理由で申請できなかった場合は別途ご相談ください。

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。