

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証 記号 番号	-	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	氏 名						
事 業 所	名 称						
	所在地	〒 -					

適 用 対 象 者	氏 名						
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	※ 入院療養等 の見込み期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 (ヶ月間)					

被保険者の住所	〒 - ご連絡先 TEL ()	
認定証 発送 希望場所 (番号に○をつけて下さい)	1 事業所(上記記載)	2 被保険者の住所
	3 その他	
3 を選んだ方のみ記入	住所	〒
	名称	

申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名		被保険者 との関係
	ご連絡先	TEL ()	申請代行 の理由 <input type="checkbox"/> 本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

令和 年 月 日
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。

- ◎留意事項
- ・ 適用対象者ごとに申請書を作成してください。(最長は1年間)
 - ・ 療養等の見込み期間は分かる範囲でご記入ください。

※入院及び通院における1カ月、同一医療機関に支払う負担額が限度額を超える場合は、「限度額適用認定証」を医療機関等窓口に提示することで負担額が軽減されます。

※被保険者が市町村民税非課税者である方は、別途用紙にて申請が必要となりますので、当組合までご連絡ください。