

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	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	機缶 太郎			
事業所	名称	株式会社 〇〇〇〇			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都江東区亀戸〇〇1-2-3			

適用対象者	氏名	機缶 花子			
	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	妻
	※ 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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ご連絡先 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区〇〇5-4-3			
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表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。