

常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者情報	被保険者証	記号・番号		事業所名	
	被保険者	氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所 日中の連絡先	〒 - TEL ()			

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月			原則受付した月の1日から有効となる認定証が交付されます。

送付希望先	※上記被保険者住所欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 1. 事業所 2. その他 どちらかに○を付けてください。2を選択した方は、下記にご記入ください。				
	住所	〒 - TEL ()			
	宛名				

申請代行者欄	※申請代行者は、被保険者および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。				
	代行者	氏名	Ⓜ	被保険者との関係	
		連絡先	TEL ()		
代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ()				

※(健康保険組合記入欄)

標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ
--------	----	------	---------

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

受付日付

裏面の留意事項を必ずお読みください。

限度額適用認定証の申請における留意事項

1. 限度額適用認定証の交付対象者は、入院・外来診療中、または、入院・外来診療の予定のある方に限ります。
2. 限度額適用認定証の有効期限は、入院・外来診療等の予定期間に基づいて定めますので、療養予定期間を必ずご記入ください。
ただし、厚生労働省の通達により「発行年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、**前月に遡っての発行はできません。**
3. 有効期限は、発行日の属する月から原則最長6か月以内の月の月末となります。
4. **被保険者または被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を必ず組合まで返納してください。**
 - ① 被保険者が資格を喪失したとき
 - ② 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
 - ③ 認定証の有効期限に達したとき
 - ④ 被保険者が所得の変動に伴い、適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき
 - ⑤ 適用対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき
5. 業務外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。業務上や通勤途上災害で発生した傷病には使用できません。
また、**外傷性の病気（ケガまたはケガが原因の病気）で認定証の発行を希望する場合は、必ず負傷原因届を添付してください。**