

記入例 健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の上位所得者
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

医療機関等・薬局にオンライン資格確認が導入されましたので、下記①②の場合は原則、紙の「限度額適用認定証」は不要です。

①マイナンバーカードを保険証利用登録している方。マイナ保険証をご利用下さい

②マイナンバーカードの保健証利用登録がなく、資格確認書・被保険者証(R7.12/1迄)で限度額区分を医療機関等・薬局に照会を依頼して下さい ※①または②の対応をしたにも関わらず、紙の「限度額適用認定証」が必要な方は、事情を記入して下さい

必ず記入が必要です→

マイナ保険証の利用登録を行っていない為

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者 (右づめ)	1	〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	3	0	1	0	1
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ 知ウ	健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。					
住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	新宿区 △△ 2-2-2						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1111) ××××									
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)										

認定対象者	療養を受ける方 ※被保険者の場合は 記不必要	氏名	健保 秋子	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	2	4	0	3	0	1
	療養予定期間	令和 3 年 4 月 ~ 令和 3 年 7 月	原則健康保険組合が申請書を受付した月の1日から有効となります								

申請内容	ケガの場合 ※ケガの原因と状況	()	<input type="checkbox"/> ケガではありません
	療養を受ける傷病について	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務中・通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者の行為による(事故・ケンカ等)	

希望送付先	上記被保険者情報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。										
	住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	千代田区 △△ 2-2-2						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (2222) ××××	(健保秋子直通)								
宛名	〇〇大学病院 〇〇病棟 〇〇号室 健保秋子宛										

申請代行者欄	「申請代行者欄」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。											
	氏名・印	印									被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()										申請代行の理由

被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

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

- 発効年月日は、特に記載がない場合、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし入社の場合は、資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
- 標準報酬月額の変更に伴い所得区分の変更があった場合「健康保険限度額適用認定証」の切替えが必要となります。
- 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら必ず健康保険組合に返却願います。
- 有効期限は、発行月から3ヶ月です。

(健康記入欄)	交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長
	発送日	年 月 日		
	発効年月日	年 月 日	担当	担当
	有効期限	年 月 日		
	適用区分	ア イ ウ エ オ		

受付印