

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

一般用

被保険者(申請者)記入用

■被保険者が低所得者に該当する場合は、この一般用の申請書は使えません。「限度額適用証・標準負担額減額認定申請書」を使用してください。(低所得者とは市区町村民税が非課税などです)

| | | | | | | |
|---------------------|------------------|-----------|------------|---------------------|----------------------|--|
| 被保険者 (申請者) 情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 [] | 番号 [] | 生年月日 □昭和 □平成 □令和 | 年 月 日 [] [] [] | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | 性別 | □男 □女 | |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | |

下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
□()

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|-------------|--|---------------------------|---|--|
| 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 | 続柄 | 生年 月日 | □昭和 □平成 □令和 □() | 年 月 日 | |
| | 医療機関名等 | 名称 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| | | 診療区分 | ・入院 ・外来 ・調剤 | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | |
| 療養予定期間 | □令和 □() | 年 月 日 | ~ | □令和 □() | 年 月 日 | 申請月の初日から最長で1年間です。 原則、申請月の初日より前に遡及はできません。 | |
| 業務上・通勤途上・第三者行為以外、の負傷ですか | | | はい・いいえ | いいえの場合、人事課又は健保までお問い合わせください。(別途必要書類があります) | | | |
| 市区町村民税(住民税)非課税世帯以外、ですか | | | はい・いいえ | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--|-----|-----|---------|---------------------------------------|--|
| 申請代行者欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者およびご家族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 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | 申請代行の理由 | □ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他 () | |

| | | | | |
|------|-----|--|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | | 担当者 |
| | | | | |

| | | |
|------|--------|-------|
| 交付期間 | 年 月 日~ | 年 月 日 |
| 取得日 | 年 月 日 | 月額 千円 |

| | |
|-------|--|
| 受付日付印 | |
|-------|--|