

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)	3	1234	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	53	41
	氏名	(フリガナ)ケンポ タロウ 健保 太郎			性別	☒ 男 ☐ 女
	住所	(〒000-0000) 千葉 都道府県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3				
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000				

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 3年7月1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	健保 花子	続柄	妻	生年月日	☒ 昭和 54年5月1日 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ ()
	医療機関名等	名称	〇〇健康保険病院				
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇1-1-1				
		診療区分	☒ 入院 ☐ 外来 ☐ 調剤				
		電話番号	00-0000-0000				
	療養予定期間	☒ 令和 3年9月1日 ~ ☒ 令和 4年8月31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							
市区町村民税(住民税)非課税世帯以外、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)							

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	〇〇〇〇株式会社 山田 花子	被保険者との関係	人事担当者
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000	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	
-------	--