

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	

常務理事	事務長	課長	係長	抜者

### 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
被保険者の住所・連絡先		〒	TEL	— —
備考 (上記以外に送付の場合記入)				

※70歳から74歳の高齢受給者は、申請が不要な場合がありますので事前に組合にお問い合わせください。

※認定証は、受理した月の1日から有効となります。

※外傷性の傷病の治療の場合は、負傷原因届を併せてご提出ください。

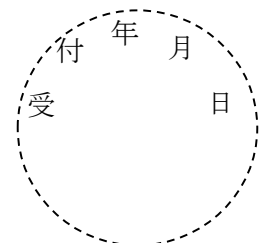
※マイナンバーカードを健康保険証として利用される場合は、医療機関・薬局で自動的に自己負担限度額が適用されますので、限度額適用認定証の交付申請は不要です。

※ 申請代行者	氏名			
	住所・連絡先	〒	TEL	— —
	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ( )		

※被保険者、認定証交付適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- 被保険者が資格を喪失した場合。
- 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- 有効期限が経過した場合。
- 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。



発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	

常務理事	事務長	課長	係長	抜者

### 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		9999 — 9999			
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所 名称	
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 5月 3日	(株)健保企画		
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 3月 1日	妻		
被保険者の住所・連絡先		〒 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL 〇〇〇 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇		
備考 (上記以外に送付の場合記入)		横浜市西区北幸〇-〇-〇			

※70歳から74歳の高齢受給者は、申請が不要な場合がありますので事前に組合にお問い合わせください。

※認定証は、受理した月の1日から有効となります。

※外傷性の傷病の治療の場合は、負傷原因届を併せてご提出ください。

※マイナンバーカードを健康保険証として利用される場合は、医療機関・薬局で自動的に自己負担限度額が適用されますので、限度額適用認定証の交付申請は不要です。

※ 申請代行者	氏名		被保険者との関係	
	住所・連絡先	〒	TEL	— —
	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ( )		

※被保険者、認定証交付適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- 被保険者が資格を喪失した場合。
- 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- 有効期限が経過した場合。
- 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。

