

常務理事	事務長	課長	係

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
	氏名・印 (フリガナ)		事業所名称			
	<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☑してください。委任せずに被保険者が直接健保組合に提出する場合は、適用対象者の保険証の写しを添付してください。)					

適用対象者欄	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄
	療養終了予定	令和	年	月	まで	療養終了予定欄に記載が無い場合、原則受付した月の1日から6ヵ月有効なものを発行します。	備考	

注意事項	※ 限度額適用認定証は、原則として当健保組合で受付した月の1日から療養終了予定月までのものを発行します。(最長6ヶ月まで。) なお、有効期限を過ぎたのち、引き続き限度額適用認定証が必要な場合は改めて申請してください。また、有効期限が過ぎた限度額適用認定証については、必ず当健保組合まで返却してください。					
	※ 限度額適用認定証は、原則として被保険者がお勤めの事業所を経由してお送りします。ただし、被保険者住所等への直接送付をご希望される場合は、下記の「希望送付先」欄に記入ください。					
	※ 傷病原因が業務中・通勤途中・第三者行為に係るものである場合は、必ず当健保組合までご連絡ください。					
	※ 市区町村住民税非課税の方はこの申請書ではなく、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」でご提出ください。					

希望送付先	被保険者がお勤めの事業所を経由せず、直接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	(〒	-	)	都(道)	府(県)
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)		
宛名						

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

(1.05)

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄