

常務理事	事務長	課長	係長	係	下記のとおり手続きしてよろしいか	ア(千円)
					交付年月日：令和 年 月 日	イ(千円)
					発効年月日：令和 年 月 日	ウ(千円)
					有効期限日：令和 年 月 日	エ(千円)

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険限度額適用認定申請書

いずれかに○をつけてください

(新規 ・ 紛失 ・ 再交付 ・ 更新)

被保険者証	記号	記号	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください			
	番号	番号	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)	○	○	○	○
被保険者	氏名	被保険者の氏名をご記入ください		住所	被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL - -		
適用対象者 氏名	フリガナ	対象者の氏名をご記入ください		生年月日	昭和 平成○○年○○月○○日 令和	被保険者との続柄	○○
限度額適用認定証の受取方法 (○印をしてください)	1. 自宅へ郵送 2. 事業所へ郵送 3. 窓口 (本人・事業所担当者) 4. その他 (1~4のいずれかに○をつけてください)						
入院予定期間	令和 ○○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 ○○年 ○○月 ○○日						
上記のとおり申請いたします。 令和 ○○年 ○○月 ○○日		記入日をご記入ください 被保険者氏名 (自署) 被保険者の氏名をご記入ください					
(紛失に関する念書) なお、返納できなかった限度額適用認定証に関する今後一切の責任は私が負います。 今後は取扱いに十分注意し、また、後日証が見つかった時は速やかに返納いたします。							

限度額適用認定証交付の申請及び受取りを代行者に委任する場合は下記にご記入ください。
また、申請代行は被保険者が当該申請できない場合に限りです。

申請代行者	氏名	被保険者との関係		配偶者・事業所担当者 その他 ()
	住所	被保険者以外の方が申請される場合は、この欄にも ご記入ください (被扶養者や勤務先の担当者など)		
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 ()			

《注意事項》

- この申請書は、70歳未満の方が入院する場合に、医療機関窓口での自己負担額を高額療養費の支給基準額 (自己負担限度額) までにするためのものです。
- この申請書を受付した日の属する月の1日から有効となる「健康保険限度額適用認定証」が交付されます。