

健 保 組 合 使 用 欄			
常務	事務長		担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—												
もしくはマイナンバー 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をする場合は、 <u>個人番号確認、本人確認</u> をするための添付書類が必要です。														
被保険者	氏名						生年月日	年 月 日						
	会社・部署													
適用対象者 (療養される方)	氏名						被保険者との続柄							
	生年月日	年 月 日			郵便番号	—								
	住所													
	入院予定期間 通院予定期間	年 月～			年 月末									

上記のとおり、健康保険限度額証適用認定証の交付を申請します。

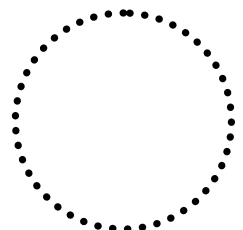
※ 【療養した月の属する年度（診療月が4月から7月の場合は前年度）が非課税である場合】

70歳未満の対象者は所得区分「オ」、70歳～74歳の対象者は「低所得Ⅱ」の認定が受けられます。

該当期間の非課税証明書をこの申請書に添付してください。

受付年月日

※ 上記記載の入院もしくは通院予定期間に従って、「限度額適用認定証」の有効期限を設定しますが、長期の療養を予定する場合には、直近の8月末とさせていただきます。有効期限以降も必要な場合は、再度申請してください。



※ 基本的には事業所（部署経由）での交付になります。

社員本人が入院中で受取が難しい場合などは、欄外に送付先住所をご記入ください。