

# 健康保険限度額適用認定申請書

(※受理した月の1日から有効)

被保険者証		記号(            ) 番号(            )			
被保険者	氏 名			事業所	名称
	生年月日	昭・平・令	年		月
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
被保険者(適用対象者)の住所		〒			
電話番号(連絡先)		— —			

<b>備考欄(注)</b>	
---------------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

傷 病 名			
上記傷病は、外傷性(骨折・捻挫等のケガ)のものですか。		は い ・ いいえ	
		「はい」の場合は「 <b>負傷届</b> 」を添付してください。	
		負傷の際に相手がいる場合(交通事故等)は、後日「 <b>第三者行為による傷病届</b> 」外書類一式の提出が必要です。	
入院(通院)する病院等	名 称		
	所在地		
入院(通院)期間(見込み)	令	年	月 日 から(    ヶ月間) ・ (    日間)

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。

受 付 日 印

※認定証は、受理した月の1日から有効となります。  
次の事由に該当したときは再度申請してください。

- ・ 認定証の有効期限に達したとき。
- ・ 被保険者の標準報酬月額が改定されたため適用区分が変更したとき。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- ・ 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。
- ・ 被保険者が資格を喪失した場合。

注意:再申請がなく医療機関受診後(窓口精算後)に標準報酬月額の改定による適用区分の変更が確認できた場合は差額分を追加給付、又は返還請求させていただきますのでご了承ください。