

健保組合決裁欄					
常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号—番号	—		令和 年 月 日提出		
被保険者	氏名		事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	所在地		
認定証交付対象 (被保険者の場合は、 記入の必要がありません。)	氏名		被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	満年齢		歳
認定証交付対象者住所	〒 —				
交付必要期間	(入院で必要な期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	(外来で必要な期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
※有効期限は、最長で受理年月日の最初に到来する8月末日までの交付となります。					
負傷の場合に記入してください	傷病名等		※負傷の場合は負傷原因を記入してください		

申請代行者氏名	Ⓜ 被保険者との続柄
申請代行者のご連絡先	
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、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

希望 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所
-----------	---

該当項目いずれかひとつに☑印を入れてください。

【健康保険組合処理欄】

処理結果			
発行通番		年齢	
発行年月日	令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日末		
適用区分	ア・イ・ウ・エ 現役並みⅡ・Ⅰ	標準 報酬	千円

※適用区分欄(標準報酬月額により区分)

ア…83万円以上 イ(Ⅱ)…53万円から83万円未満
ウ(Ⅰ)…28万円から53万円未満 エ…28万円未満

注. 被保険者・認定対象者以外の方が申請する場合は、親族の方が記入してください。
注. 有効期限は、最長で受理年月日の最初に到来する8月末日までの交付となります。
9月以降も必要な場合については、別途、改めて申請してください。

