

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	健保 太郎	事業所	名称	JAOO
	生年月日	昭和●年 ●月 ●日 平成	所在地	千葉市中央区〇〇900	
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	健保 次郎	被保険者との続柄	長男	
	生年月日	昭和●年 ●月 ●日 平成 令和	満年齢	●●歳	
認定証交付対象者住所		千葉市中央区〇〇2-1			
交付必要期間		(入院で必要な期間) 令和 ●年 ●月 ●日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日 (外注で必要な期間) 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。			
傷病名等		右大腿骨頸部骨折		自宅転倒したため	

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

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

負傷の場合、第三者行為や労災該当の有無を確認させていただくため、必ずご記入ください。

【健康保険組合外】

希望送付先を選択(☑)してください。

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

未定の場合も、おおよその期間を記入してください。  
最長で1年間の有効期間となります。

※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。