

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当者

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書 (70歳未満)

令和 年 月 日提出

被保険者	被保険者証	記号	1	3	番号				
	氏名							職場記号	
	生年月日	昭・平	年	月	日	内線			
	住所	〒							
	備考欄	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する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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)							
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	性別	男・女		
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産関係（帝王切開、切迫流産等） <input type="checkbox"/> 怪我（怪我の場合は2ページ目の傷病発生状況確認書も提出）							
	医療機関名								
	申請期間	入院予定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 通院で高額治療を受ける場合⇒令和 年 月～令和 年 月							

※交付する認定証の有効期限は、上記期間の申請月1日から申請月の月末までになります。

但し、標準月額変更時期や資格変更等により、期限を区切る場合もあります。

※申請が2回目以降の場合は、交付済認定証の有効期限の翌日からを記入してください。

※認定書は職場に送付します。不都合な場合は提出時にお知らせください。（任継者は自宅へ送付）

受 付 印

健保記入欄	資格取得日	昭・平・令	年	月	日	No	—
	扶養認定日	昭・平・令	年	月	日	区分	新規・延長
	標準報酬月額	区分	発効日	有効期限	交付	回収	
	年 月 千円	ア ウ	イ エ	年 月 日	年 月 日		
	年 月 千円	ア ウ	イ エ	年 月 日	年 月 日		
	備考					ア:83以上	イ:53～79
					ウ:28～50	エ:26以下	

