

健保 使用 欄	承認 ・ 不承認	区 分	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
		被保険者・被扶養者					
	交付年月日	所得区分					
	年 月 日		不 承 認 理 由				
	発効年月日	標準報酬月額					
	年 月 日	千円					

健康保険限度額適用認定証交付申請書

◎マイナンバーカードの保険証登録をしている方は申請不要です

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	
被保険者の 居所住所	〒	—	生年月日	(和暦) 年 月 日
被扶養者が 使用する 場合	氏名	続柄	生年月日	(和暦) 年 月 日
	被扶養者の居所住所 (被保険者と異なる場合)	〒	—	
入院・外来の別 (該当箇所「レ」を入れてください)				
入院	<input type="checkbox"/>	(和暦) 年 月 日 より		
	<input type="checkbox"/>	(和暦) 年 月 日 退院予定	<input type="checkbox"/>	退院日未定
外来	<input type="checkbox"/>	(和暦) 年 月 日 より	◇有効期限は発効月から6ヵ月後の月末	
傷病の原因について (該当箇所「レ」を入れてください。必要に応じて追加書類の提出をお願いします)				
<input type="checkbox"/> 内科疾患等の病気・出産		<input type="checkbox"/> 通勤途上・工作中的のケガ		
<input type="checkbox"/> 外傷性のケガ (骨折、捻挫、打撲等)		・・・【追加提出書類】傷病原因届		
<input type="checkbox"/> 第三者行為によるケガ (交通事故等)		・・・【追加提出書類】第三者行為による傷病届		

【注意事項】

- ◎「限度額証」の発効年月日は、原則当組合が受付した日の属する月の初日となります。
- ◎有効期限を越える場合は、交付済みの「限度額証」を添えて改めて申請してください。
- ◎「限度額証」が不要になった際は必ず返却してください。
- ◎70歳以上の方で、高齢受給者証が「2割負担」の方は申請不要です。

受付日付印