

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	100	番号	123456	被保険者氏名	健保 組男		
被保険者の 居所住所	〒	123	—	4567	生年月日	(和暦)	×× 〇〇 年 5 月 5 日	
	東京都江東区豊洲8丁目10番10号							
	TEL	03-2222-4321						
被扶養者が 使用する 場合	氏名	健保 組子		続柄	妻	生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 3 月 3 日	
	被扶養者の居所住所 (被保険者と異なる場合)	〒 — (被保険者と異なる場合のみ記入)						
		TEL						
入院・外来の別 (該当箇所に「レ」を入れてください)								
入院	<input checked="" type="checkbox"/>	(和暦)	×× 〇〇 年 5 月 1 日 より入院予定					
	<input type="checkbox"/>	(和暦)	年 月 日	退院予定	<input checked="" type="checkbox"/>	退院日未定		
		◇有効期限は退院予定日の翌月末					◇有効期限は入院日から6ヵ月後の月末	
外来	<input checked="" type="checkbox"/>	(和暦)	×× 〇〇 年 6 月 10 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 (該当箇所に「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 checked="" 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