

70歳未満の
上位所得者
一般所得者用

※健康保険組合決裁欄				
決裁	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
交付	令和 年 月 日			

健康保険限度額適用認定申請書(新規・継続・区分変更)

下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。

健康保険証の		記号	番号	
被保険者	氏名		事業所	名称 (株)
	生年月日	昭・平 年 月 日	所属部署	
認定証適用対象者	氏名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
被保険者の住所		〒 電話番号 ()		
認定証送付先 ※「信書」のため郵便でお届けします	※該当する項目に○印を付けてください。		※②③④の場合は送付先の住所・名称等を記入してください。 ※③は確実に受取ができる宛名を確認してご記入ください。	
	① 被保険者の住所と同じところ		〒	
	② 勤務先			
	③ 入院先医療機関で受取可能であることを確認したので、右記の住所		受取人:	
④ その他()				
傷病の原因 該当する番号に○	1 ケガなど外傷性によるもの(自損事故等) →別途「負傷届」が必要	2 第三者行為によるもの(交通事故等) →別途「第三者行為による負傷届」が必要	3	その他
認定証を交付申請する傷病は、 公費負担(注1)を受けることができますか	① はい	①の場合 ⇒	医療制度 の内容	
	② いいえ			
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
入院(予定)する場合	入院日 令和 年 月 日 (決定・予定)			
	退院日 令和 年 月 日 (予定・見込み)			

注1: 公費負担とは病気・ケガの種類または患者の条件によって、国や地方自治体が医療費の一部または全部を負担すること
公費負担がある主な医療制度・・・結核医療・療育医療・身体障害者医療・精神障害医療・公害病医療など

※被保険者又は認定証適用対象者以外の方が申請する場合は下記の欄をご記入ください。

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
申請代行者の連絡先				
申請代行の理由				

【申請する前にお読みください】

- ・「認定証」を医療機関の窓口にて提示するとひと月の医療費支払いを一定の金額(自己負担限度額まで)にとどめることができます。
- ・傷病の原因がケガの場合は「負傷届」が、また交通事故等の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
- ・「認定証」の発行年月日は申請書を受付けた月の初日となります。
- ・「認定証」の有効期間は、原則として外来申請の場合は最長1年間、入院の場合は最長3ヶ月間となります。
- ・被保険者自身が住民税非課税などによる低所得者の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。低所得者であっても本申請書を提出された場合は、標準報酬月額に基づいた「限度額適用認定証」を交付します。