※組合処理欄							
交付年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	業務課長	担当者	被扶養者	
発効年月日	令和　年　月　日						
有効期間	令和　年　月末						
報酬月額	月＿＿＿千円　月＿＿＿千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ・Ⅰ・Ⅱ				

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者等記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入 □□□□－□□□□－□□□□	※整理番号	

被保険者欄					
氏名		事業所	名称		
生年月日	昭・平　年　月　日生		所在地		
住所・電話番号（日中の連絡先）	〒　－　　連絡先TEL　－　－				
□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）					

認定対象者欄			
氏名		被保険者との続柄	
生年月日	昭・平・令　年　月　日生	性別	男・女
療養の原因	病気・出産・外傷　→ ＊「外傷」のときは、添付書類が必要（記入上の注意事項 4. 参照）		

療養予定期間 ＊必ず、ご記入ください。（最長で1年まで申請可能）	令和　年　月 ～ 令和　年　月	【ご注意ください！】 原則として、申請書の受付月の初日より前に遡って、認定証の交付はできません。

申請代行者欄			
申請代行者の氏名		被保険者との続柄	事務担当者・家族（続柄：　） その他（　）
申請代行者の住所・電話番号（日中の連絡先）	〒　－　　連絡先TEL　－　－		
申請代行の理由	1．被保険者本人が入院中で、外出することができないため。 2．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

適用認定証の送付先 ＊1.～3.の場合は、住所等の記載の必要はありません。	1．被保険者あて，　2．事業所あて，　3．申請代行者あて → 記入上の注意事項7.参照 4．認定対象者あて → 対象者が遠隔地先や入院中で病院あて等のとき。病院の場合は、名称・病棟・病室番号等も記載。 〒　－　　連絡先TEL　－　－ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(2024.12)

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。
また、有効期限経過後は交付された認定証をすみやかに組合へ返納いたします。

令和　年　月　日 提出

※受付印

≪記入上の注意事項≫

1. 限度額適用認定証の交付対象者は、入院・外来診療中、または入院・外来診療等の予定のある被保険者と被扶養者の方です。被保険者本人が市町村民税非課税などの低所得者である場合は、これとは別に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」での申請となります。
2. 被保険者本人が70歳以上75歳未満で、標準報酬月額26万円以下の方と標準報酬月額83万円以上の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口で自己負担が自己負担限度額までとなるため、この申請をする必要はありません。（平成 30 年 8 月診療分より）
3. 申請対象者の続柄は、被保険者の場合は「本人」、被扶養者の場合には「妻」「長男」「二女」「実父」「義母」等とご記入ください。
4. 療養の原因が外傷であるときには、負傷した詳細な原因の届出が別途必要となりますので、この申請書を提出される前に、勤務先のご担当者か、健康保険組合(TEL043-241-6412)までお申し出ください。負傷した原因によっては、届出の様式が異なります。なお、業務上や通勤災害で発生した傷病での療養の場合は使用できません。
5. 療養予定期間欄は、必ずご記入ください。なお、認定証の発効日は、原則、健康保険組合に提出された月の属する月の1日から記載されている必要期間の属する月の月末までです。有効期限は発効日の属する月から、最長で1年以内の月の月末となります。（ただし、申請月に資格取得した方、または被扶養者となった方は、資格取得日または扶養認定日からとなります。）
6. 交付した限度額適用認定証の有効期限が経過以降も更新を希望される方は、あらたに申請が必要となります。
7. 申請代行者が被保険者の住所と同じときには、認定証の送付先は被保険者あてとなります。
8. ※がついている欄は、健康保険組合で使用する欄です。

（千葉県食品製造健康保険組合）