



**限度額適用認定証の準備が不要になりました！**

健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定申請書

※在職中の方で会社・団体を經由せず直接当健保組合に申請書を送付される方、あるいは任意継続の方は「対象者の被保険者証写し」を申請書裏面に糊付けして申請してください。

※有効期限切れの「限度額適用認定証」をお持ちの方は、当申請書に添付してください。

旧証未返却の場合は、新たな限度額適用認定証を発行できません。

返却できない場合は、「滅失（紛失）届」（健保ホームページ）を添付してください。

下記のとおり健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請します。

①被保険者	被保険者証		フリガナ	ケンポ タロウ
	記号	9 9 9	氏名	健保 太郎
	番号	1 2 3 4	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日
②治療対象者	被保険者との続柄	妻	氏名	健保 花子
	証明期間（有効期間）	自	入院予定日等 ○○年○○月○○日	健保で決定 年 7月 31日
けがの治療の場合、以下の質問にも回答（当てはまるものに☑）してください。 <input type="checkbox"/> 交通事故等の第三者行為 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 当逃げ事故 <input type="checkbox"/> 業務（通勤）中の事故 <input type="checkbox"/> その他				
③送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 会社・団体の本社人事（右記入不要）	住所	〒 - 電話（ ）	
	<input type="checkbox"/> 自宅		都道 府県	
	<input type="checkbox"/> 自宅以外の希望送付先（病院・実家・会社の各拠点等）	宛名		
	簡易書留で送ります。受け取っていただける方の宛名をご記入ください			

※被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）が低所得者（市区町村民税非課税者）の場合は、「非課税証明書」を添付してください。

「非課税証明書」はその年の1月1日現在に住民票のあった市区町村で発行しています。

8～12月の診療については当年度の証明書を、1～7月の診療については前年度の証明書です。

上記のとおり標記認定証の交付申請がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 - 年 月 日 提出
事業所名称	※会社・団体經由で申請する場合は証明が必要です。
事業主氏名	※会社・団体を經由しない場合はこの部分の証明は不要ですが対象者の「被保険者証コピー」の添付が必要です。
電話番号	

(健保組合処理欄)	常務理事	事務長	担当者	受付日付印
発行年月日	年 月 日	発行年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日	
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
発番		発番		