健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満　一般・上位所得者の方
70歳以上　標準報酬月額28万円～79万円の方

常務理事	事務長	課 長	課長代理	担当者

（健保組合使用欄）

申請年月日　　令和　　年　　月　　日

被保険者情報				
被保険者証	記号　　番号			
氏 名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
住 所	〒　　－　　都・道 府・県			
		電話番号（日中の連絡先）	（　　）	
事業所名		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業所経由(依頼)で提出する場合は✔）	

【ご注意ください】家族（被扶養者）の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名･生年月日･住所などをご記入ください。

認定対象者			
受診者	氏 名　　続 柄	療養予定期間	令和　　年　　月　　日から
（認定証を使用される方）	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日	〔認定証を必要とする期間(注1)〕	令和　　年　　月　　日まで

注1 ： 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。（最大1年間の有効期限を設定し交付します。）
注2 ： 原因が交通事故など第三者の行為による場合には、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
注3 ： 外傷性（打撲、骨折、捻挫等）の場合は、「負傷原因届」の添付が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先			
住 所（注4）	〒　　－　　都・道 府・県		
		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
あて名		被保険者との関係	

注4 ： 医療機関への送付を希望する場合には、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟･病室番号等をご記入ください。

○ 下記の「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄			
氏 名		被保険者との関係	
		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他（　　）		

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東糧 健康保険組合