

【送付先】
〒163-1305
東京都新宿区西新宿6-5-1
新宿アイランドタワー5階
私書箱1600号

健康保険 限度額適用認定申請書

(健 保 組 合 に ご 提 出 く だ さ い)

【70歳以上75歳未満の方へ】
標準報酬月額が83万円以上の方、標準報酬月額が26万円以下の方は、申請は不要です。

* 申請書は、楷書で太枠内に丁寧に記入ください。

新規 更新 記号番号変更 所得区分変更 (該当する箇所には✓点を入れてください。)

健康保険証の	記号	番号	注) 限度額適用認定証の発効年月日は、厚生労働省の通達により「申請を受けた日の属する月の初日」と定められているため、前月に遡っての発行はできません。									
	氏名・印	印	個人番号(マイナンバー) (*上記左上欄/記号番号記入の場合は、不要です)									
被保険者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	事業所名									
	住所	〒 ー 都・道・府・県										
	電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)	TEL	携帯・自宅・勤務先・その他()									
認定証 交付対象者	氏名	被保険者との続柄										
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	性別	男	女							

上記被保険者住所に記入した住所と別ところに送付を希望する場合にご記入ください。

認定証送付先	住所	〒 ー 都・道・府・県			
	宛名				

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	氏名	印	被保険者との関係		
	電話番号	事業所関係者の場合 事業所名			
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

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。 平成 年 月 日

- ※ お急ぎの方は、返信用封筒を添付してください。
- ※ 次の場合は認定証を返却してください。
① 有効期限に達したとき ② 資格喪失(被扶養者資格の削除を含む)したとき ③ 適用区分が変わったとき
- ※ 有効期限後も引き続き認定証を利用する場合は、再度申請してください。月末に交付いたします。
- ※ 窓口での交付は行っておりません。

以下は記入しないでください。

処理結果	
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月末
標準報酬月額	平成 年 月
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ
	現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ

課長委任	係長	係員

受付日付印