

--	--	--	--

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記号 ○○○	番号 ○○○○
被保険者	氏名	健保 太郎 健保	
	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成	
	住所	〒○○○-○○○ ○○県△△市□□町1-2-3 自宅Tel ○○○-○○○-○○○○ 携帯Tel ○○○-○○○○-○○○○	
	事業所名称	○○株式会社	
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成	性別 男・ 女
	住所 <small>(上記住所と相違の場合記入)</small>	〒 - Tel - -	
	利用期間	平成 ○年 ○月 ○日 ~ 平成 ○年 ○月 ○日 予定 ※利用期間の開始月は申請書を受付けた月からとなります。 (受付けた月の前月以前に遡ることはできません。)	
希望送付先	被保険者住所 ・ 対象者住所 ・ 事業所経由		
	その他	〒 - Tel - -	

必ず押印してください。

【添付書類】

◎適用対象者の保険証の写しを添付してください。

必ず添付してください。

【限度額適用認定証の申請における留意事項】

- (1) 70歳未満の方が対象です。
- (2) 申請は適用対象者ごとに行ってください。
- (3) 有効期限は、利用期間に基づいて定めます。利用期間を必ずご記入ください。
- (4) 以下の事由に該当した場合は、認定証を返納してください。
 - ①被保険者の資格がなくなったとき
 - ②被扶養者でなくなったとき
 - ③有効期限に達したとき
 - ④適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったとき
(高齢受給者証を医療機関に提示してください。)
 - ⑤適用対象者が長寿(後期高齢者)医療制度の対象者となったとき
 - ⑥被保険者の標準報酬月額の変更により適用区分欄の区分が変更したとき

受付年月日