

健 保 記 入 欄		常務理事	事務長		担当者
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
交付年月日	令和 年 月 日				

健康保険限度額適用認定申請書

【ご確認ください】オンライン資格確認を導入している医療機関では、限度額適用認定証が無くても限度額までの支払いで済みます。まずは医療機関に**【限度額適用認定証の提示が必要か】**確認してから申請してください。なお、マイナ保険証を利用する場合は限度額適用認定証の申請は不要です(医療機関への確認も不要)。

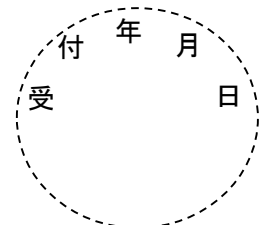
医療機関から「限度額適用認定証」を持ってくるように言われましたか？ (不明な場合は医療機関に聞いてください)		<input type="checkbox"/> いいえ →申請は不要です			
		<input type="checkbox"/> はい →以下を記入し健保に申請してください			
被保険者証の 記号 - 番号	-	所属事業所 の名称(SC)			
被保険者	氏名			生年月日	S・H 年 月 日
	住所	〒 TEL ()			
適用対象者 ※被保険者本人の 場合は記入不要	氏名				
	生年月日	S・H・R 年 月 日	被保険者 との続柄		
交付必要期間 (入院予定期間など)					
認定証送付先住所 ※未記入の場合は被保険者 の住所へ送付します	〒 TEL ()				
	宛名				
負傷原因 について	第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか？			はい・いいえ	
	仕事中、若しくは通勤・退勤途上の負傷ですか？			はい・いいえ	
◆継続申請の方のみ回答してください。新しいケースは必要ですか？ ※可能な限りケースを再利用してください(期限切れの証の返却は紙の証のみで結構です)				はい・いいえ	

注) 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。
認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または「認定証送付先住所」となりますのでご注意ください。

申請代行者	氏名			被保険者 との関係	
	住所	〒 TEL ()			
申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. 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。

令和 年 月 日提出



健 保 記 入 欄		常務理事	事務長		担当者
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
交付年月日	令和 年 月 日				

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

【ご確認ください】オンライン資格確認を導入している医療機関では、限度額適用認定証が無くても限度額までの支払いで済みます。まずは医療機関に【限度額適用認定証の提示が必要か】確認してから申請してください。なお、マイナ保険証を利用する場合は限度額適用認定証の申請は不要です(医療機関への確認も不要)。

医療機関から「限度額適用認定証」を持ってくるように言われましたか？ (不明な場合は医療機関に聞いてください)		<input type="checkbox"/> いいえ → 申請は不要です			
		<input checked="" type="checkbox"/> はい → 以下を記入し健保に申請してください			
被保険者証の記号 - 番号	1000 - 00000	所属事業所の名称(SC)	渡辺パイプ株式会社(新宿SC)		
被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日	S (H) 5年 8月 8日	
	住所	〒130-0000 TEL 03 (0000) 0000 東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇			
適用対象者 ※被保険者本人の場合は記入不要	氏名	健保 花子			
	生年月日	S (H)・R 5年 10月 10日	被保険者との続柄	妻	
交付必要期間 (入院予定期間など)	令和 1年 5月 10日 ~ 1週間程度				
認定証送付先住所 ※未記入の場合は被保険者の住所へ送付します	〒 TEL ()				
	宛名				
負傷原因について	第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか？			はい ・ <u>いいえ</u>	
	仕事中、若しくは通勤・退勤途上の負傷ですか？			はい ・ <u>いいえ</u>	
◆継続申請の方のみ回答してください。新しいケースは必要ですか？ ※可能な限りケースを再利用してください(期限切れの証の返却は紙の証のみで結構です)				はい ・ いいえ	

注) 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または

現在ご利用中の限度額適用認定証の有効期限が切れたことにより、再申請をする方はこちらも回答してください。

申請代行者	氏名	
	住所	〒
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. 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。

令和 年 月 日提出

