70歳未満の
上位所得者
一般所得者用

※健康保険組合決裁欄				
決裁	年　月　日	常務理事	事務長	係
交付	年　月　日			

健康保険限度額適用認定申請書(新規・継続・区分変更)

・被保険者自身が住民税非課税などによる低所得者の場合は、本票ではなく「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。低所得者であっても本票を提出された場合は、標準報酬月額に基づいた「限度額適用認定証」を交付します。
・「認定証」の有効期限に達したときは、必ず5日以内にお返しください。

限度額認定証を必要とされている方は、マイナ保険証をお持ちですか(該当番号に〇)	1. 持っている　2. 持っていない

※マイナ保険証をお持ちの方は、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。原則、本書による手続きは不要です。 上記1の方が限度額適用認定証を申請する理由を下欄に記入してください。

1. 医療機関でマイナ保険証が利用できないため　2. その他(　　)

健康保険証の	記号		番号		
被保険者	氏名		事業所	名称	(株)
	生年月日	年　月　日		所属部署	
認定対象者	☐ 被保険者(本人)	☐ 被扶養者(家族)　家族の場合は該当者の氏名等を下記にご記入ください			
		氏名		生年月日	年　月　日
被保険者の住所	〒 日中連絡の取れる電話番号　(　　)				
送付希望先住所等 上記住所と別の住所を希望する場合ご記入ください	※送付先記載の返信用封筒(切手不要)を同封いただける方は記入不要です 〒				
	宛名				
傷病の原因 該当する番号に〇	1 ケガなど外傷性によるもの(自損事故等) →別途「負傷届」が必要	2 第三者行為によるもの(交通事故等) →別途「第三者行為による負傷届」が必要	3 その他		
診療区分 該当する番号に〇及び記入してください	1 入院	入院期間	年　月　日 ～　年　月　日	1 予定 2 決定	
	2 通院	療養期間	年　月　日 ～　年　月　日	1 予定 2 決定	
有効期間3ヶ月超えを希望する場合理由をご記入ください	有効期間 (申請月の初日 ～　年　月末日)までを下記の理由により希望します				

申請理由、加入資格の期限や標準報酬月額改定等によりご希望に添えない場合もあります。

※被保険者又は認定証適用対象者以外の方が申請する場合は下記の欄をご記入ください				
申請代行者	氏名		被保険者との関係	
申請代行者の連絡先				
申請代行の理由				

返信用封筒(送付先記載／切手不要)をご用意いただきますようご協力お願いします
「認定証」はハガキくらいのサイズになります。ご用意いただく封筒のサイズにご注意ください

2024. 12改訂