

健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定申請書

※在職中の方で会社・団体を経由せず直接当健保組合に申請書を送付される方、あるいは任意継続の方は「対象者の被保険者証写し」を申請書裏面に糊付けして申請してください。

※有効期限切れの「限度額適用認定証」をお持ちの方は、当申請書に添付してください。

旧証未返却の場合は、新たな限度額適用認定証を発行できません。

返却できない場合は、「滅失（紛失）届」（健保ホームページ）を添付してください。

下記のとおり健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請します。

① 被 保 険 者	被保険者証		フリガナ		
	記号		氏 名		
	番号		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
② 治 療 対 象 者	被保険者との続柄		氏 名		
	証明期間 (有効期間)	自	年 月 日	至	年 7月 31日
	けがの治療の場合、以下の質問にも回答（当てはまるものに☑）してください。 <input type="checkbox"/> 交通事故等の第三者行為 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 当逃げ事故 <input type="checkbox"/> 業務(通勤)中の事故 <input type="checkbox"/> その他				
③ 送 付 先	<input type="checkbox"/> 会社・団体の本社人事 (右記入不要) <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の希望送付先 (病院、実家、会社の各拠点等)		住 所	〒 - 電話 ()	
	簡易書留で送ります。 受け取っていただける方の宛名をご記入ください			宛 名	都道 府県

※被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方)が低所得者(市区町村民税非課税者)の場合は、「非課税証明書」を添付してください。

「非課税証明書」はその年の1月1日現在に住民票のあった市区町村で発行しています。

8～12月の診療については当年の証明書を、1～7月の診療については前年の証明書です。

上記のとおり標記認定証の交付申請がありましたので提出します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒 - 年 月 日 提出 ⑩

(健保組合処理欄)

常務理事	事務長		担当者
発効年月日	年 月 日		
有効期限	年 月 日		
適用区分		発番	

受付日付印