承　　認　　印	係

健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号		記　号			番　号		
被保険者	氏 名	㊞		事業所	所在地		
	生年月日	年　月　日			名　称		
被保険者の住所		〒　　― 電話　（　　）					
適用対象者	氏 名		被保険者との続柄		70歳以上ですか？		□ はい
	生年月日	年　月　日	性　別	男・女			□ いいえ
交付必要期間 （入院予定期間）		※最長で1年間の範囲　（70歳以上の方は75歳の誕生月まで） 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月					
限度額適用認定証 送付先		1．会社宛　　2．被保険者住所宛　　3．その他（下記に住所宛名記載） 3．その他住所記載欄 〒　　― 様 宛					
お怪我による受診ですか？ （枠外　注意５参照）		□ はい　　□ いいえ ＜はい＞にチェックされた方は、「負傷の原因について」（回答書）も併せてご提出ください。					

申請代行者	氏　名	㊞	被保険者との関係	1.配偶者　2.その他（　　）
	住　所	〒　　― 電話　（　　）		
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

＜注意＞

1．「健康保険限度額適用認定証」は申請月の初日（健康保険加入月に申請された場合は資格取得日）から、最長で一年間の範囲が有効期限となります。
2．申請月より遡っての発行はできませんので、余裕をもって申請して下さい。
3．申請代行は、被保険者が当該申請書の作成（申請）ができない場合に限ります。また、認定証は限度額適用認定証送付先となり、申請代行者には送付しません。
4．被保険者が市町村民税非課税対象者となっている方は、別の用紙での申請となりますのでご連絡下さい。
5．受診される傷病の原因が交通事故などの第三者行為による場合は限度額適用認定証を使用できないので、事前に健康保険組合にご連絡下さい。

受付　年　月　日

【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額　　千円	適用区分 ア・イ・ウ・エ / 現役Ⅱ・現役Ⅰ

東京紙商健康保険組合 業務課　電話03-3666-2522