

常務理事	事務長	庶務課長	業務係長	係	標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ 現役並みⅡ・Ⅰ
					交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日

健康保険 限度額適用認定申請書

① 被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	—	② 事業所名	
被保険者の	③ 氏名	(フリガナ)		④ 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	⑤ 住所	〒	—	TEL ()	
認定証交付対象者の	⑥ 氏名	(フリガナ)		⑦ 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	⑧ 性別	男 ・ 女		⑨ 被保険者との続柄	
⑩ 療養予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月				
⑪ ⑤とは別の送付先を希望する場合は、その送付先	〒		—		
			TEL ()		
(宛名)					

被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。

申請代行者の氏名	(印)	被保険者との関係(続柄)
申請代行の理由	1 被保険者が入院中で申請できないため 2 その他()	

◎注意事項

1. この申請書は、各区分の方が療養を受ける場合等に使用してください。

受付年月日

<70歳未満>

標準報酬月額	所得区分
83万円以上	ア
53万~79万円	イ
28万~50万円	ウ
26万円以下	エ

<70歳以上>

標準報酬月額	所得区分
53万~79万円	現役並みⅡ
28万~50万円	現役並みⅠ

2. 対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧⑨の記入は不要です。

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										