

健康保険 限度額適用認定 申請書

一般・上位所得者用

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	係
年月	年 月	標準報酬	区分		
交付	確認書・おしらせ	郵送・手渡	備考		

(健保組合使用欄)

マイナ保険証(マイナンバーカード)に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても、限度額を適用することができます。 便利なマイナ保険証(マイナンバーカード)をぜひご利用ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	申請年月日 令和 年 月 日 記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。	
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	住所	〒	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	療養予定期間	令和 年 月 日から
		生年月日	昭・平・令	年 月 日	令和 年 月 日まで
	傷病名	(受診することとなった原因：ケガ・ケガ以外)			
ケガが原因 の場合(注2)	いつ	令和 年 月 日 ()	そのとき の状況	私用中・休日中・通勤途中・業務中	

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 資格確認書をお持ちの方で、上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所(注3)	〒	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者との関係			

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 「申請代行者欄」は、被保険者および被扶養者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名	被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

限度額適用認定申請書 記入例

健康保険 限度額適用認定 申請書					
一般・上位所得者用					
常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	係
年月	年 月	標準報酬	区分		
交付	確認書・おしらせ	郵送・手渡	備考		

マイナ保険証(マイナンバーカード)に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても、限度額を適用することができます。 便利なマイナ保険証(マイナンバーカード)をぜひご利用ください。

被保険者情報	① 申請年月日	令和 年 月 日
	② 被保険者等記号・番号	99 248
	③ 氏名	(フリガナ) トウキョウ ナハコ 東京 花子
	住所	〒111-0000 東京 都・道府・県 △△区〇〇〇 ××-×-×

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	④ 受診者 氏名 東京 一	続柄 長男	療養予定期間 令和×年4月1日から
	認定証を使用される方 生年月日 昭(令)××年×月×日		認定証を必要とする期間(注1) 令和×年6月30日まで
	⑥ 傷病名 右膝靭帯損傷	(受診することとなった原因: ケガ・ケガ以外)	

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

希望送付先	⑦ 住所(注3)	〒110-0000 東京 (都) 道府・県 〇〇区〇〇〇 ×-×
	△△病院 〇〇科 ×××号室	電話番号(日中の連絡先) 090 (××××) ××××
あて名	東京 一	被保険者との関係 本人

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能か確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○「申請代行者欄」は、被保険者および被扶養者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名	被保険者との関係
電話番号(日中の連絡先)	()	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認ください。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。
療養予定期間をご記入いただきますと該当期間の1日より末日にて発行いたします。
(例: 1月4日から同年5月15日までと記入の場合、1月1日より同年5月31日まで有効の証発行)
なお、療養期間が未記入の場合は、組合受付日の1日より最長の1年間の証書を発行いたします。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。

この申請書の対象とならない方

マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)

限度額区分については、マイナ保険証で受診いただく際に資格情報(オンライン)確認できます。

70歳以上の方

70歳以上の現役並み所得者(標準報酬月額83万円以上)・一般所得者(標準報酬月額26万円以下)の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

被保険者が非課税の方

標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。