□被保険者
□家　　族

健康保険限度額適用認定申請書

起　案	年　月　日	常　務	事務局長	部　長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係
決　裁	年　月　日								

標準報酬月額	千円	取　得	昭和 平成 令和　年　月　日
限度額該当区分	ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ	喪　失	令和　年　月　日

認定証有効期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	交付日	年　月　日

※被保険者が非課税の場合は、申請用紙が「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」になります。

被保険者記入欄							
被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所	名　称				
			所在地				
被保険者	氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　日			
適用対象者	氏　名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄		
					性別	男・女	
	住　所	〒					
病院や上記住所以外へ送付を希望される場合は、その宛先	※病院へ送付を希望される場合は、病院が郵便を受け取れるのかを必ず確認してください。 また、宛名は病院が指定する宛名（病棟・担当者等）を記載してください。 〒 （宛名）						
利用開始年月	令和　年　月	備　考					

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

〒　－

被保険者の　住　所

氏　名　　㊞

出版健康保険組合殿

電　話　（　）

1. この届出は、70歳未満の方及び70歳以上の現役並み所得者（標準報酬月額830千円以上の方は除く）の入院等に係る高額療養費の支払の特例申請となります。**太線枠内**は、漏れのないように記入・捺印してください。
2. 認定証は療養を受ける際、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
3. 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合は、再度申請を行い限度額適用認定証を受けることとなります。
4. 下記該当の場合は**必ず認定証を健保組合に返戻してください。**
   ① 被保険者が資格を喪失したとき。
   ② 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
   ③ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
   ④ 認定証の有効期限に達したとき。
   ⑤ 適用対象者が後期高齢者医療制度対象者となったとき。
   ⑥ 適用対象者が70歳に達する月の翌月になったとき。

（70歳以上の現役並み所得者の方で引き続き発行を希望する場合は、該当区分が変更となるため再度申請が必要となります。）

受付日付印

個人番号												

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。