健康保険 限度額適用認定 申請書

（70歳未満の 上位所得者・一般所得者用）

常務理事	事務長	担当者

下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。
㊟ 第三者行為・労災に該当していた場合は、別途届出が必要です。
マイナンバー保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
マイナンバー保険証を登録の上、ぜひご利用ください。（※但し低所得者の区分適用を受ける場合は、限度額適用認定の申請が必要です）

被保険者	被保険者証	記号		番号	申　請　日　※ 令和　　年　　月　　日
	氏　名				勤　務　先（工　場　名）
	住　所	（〒　　－　　）		電話番号（日中の連絡先）：　　（　　）	

※ 「限度額適用認定証」の有効期限は、原則として「申請日」が属する月の１日から ３ヶ月間です。

対象者	療養を受ける方	氏名		続柄	生年月日　☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和 年　　月　　日

希望送付先	交付した「限度額適用認定証」は、上記「被保険者」欄に記入した住所へお送りします。 上記に記入した住所とは別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 ※入院先医療機関への直送を希望する場合、必ず医療機関の許可を得て、宛名の記入方法等を確認してください。
住　所	（〒　　－　　）
受取人氏名	（被保険者との続柄：　　）

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏　名		被保険者との関係	
	電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 （　　）

被保険者のマイナンバー記載欄　（上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）

※マイナンバーで申請する場合
①本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
②申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保使用欄
区分：　ア　イ　ウ　エ
自：令和　　年　　月　　日
至：令和　　年　　月　　日
備考：新規・更新
健保受付印

申請先	〒105-0004 東京都港区新橋6丁目16番4号 横浜ゴム健康保険組合 TEL：０３－５４００－４５４５　　FAX：０３－３４５９－４５５７ ※緊急の場合はFAXでも受付します。

横浜ゴム健康保険組合