

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	—	事業所名			
	被保険者	氏名		生年月日		
				年	月	日
		住所				
		〒 —		電話 ( )		
	交付希望者	氏名		生年月日		
				年	月	日
		被保険者との続柄	第三者行為（交通事故など）によるものですか			
			いいえ ・ はい <span style="font-size: 1.2em;">〔 はいの場合は、事前に三井健保（03-3243-1406）までご連絡ください。 〕</span>			
		申請期間（療養予定期間）				
年 月 から 年 月						
<p><b>【注意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請月の1日から最長で1年間まで申請可能です。  <span style="padding-left: 20px;">〈例〉 令和3年11月～令和4年10月</span></li> <li>・ 発効日は、三井健保が申請書を受理した月より前には遡れません。</li> <li>・ 医療機関等でお支払いが済んでいない期間をご申請ください。</li> <li>・ 申請書は申請期間（療養予定期間）の1ヶ月前から受け付けます。</li> </ul>						
備考欄						

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

- ◆ 限度額適用認定証は、被保険者が所属する事業所宛に送付いたします。
- ◆ 退職して任継継続している方は、ご登録の住所宛に簡易書留で送付いたします。
- ◆ 年月日は元号でご記入ください。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。			年 月 日
	事業所の所在地			
	名 称			
	事業主氏名			

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	標準報酬月額	区分	発議日
					83万円以上	ア	年 月 日
					53万～79万円	イ	年 月 日
	被保険者の標準報酬月額 千円				28万～50万円	ウ	有効期限
					26万円以下	エ	