※この欄は記入しないでください	常務理事	部　長	課　長	担当者	起　案	令和　年　月　日	発効区分
					決　裁（交付）	令和　年　月　日	
					発効日	令和　年　月　日	新規
					有効期限	令和　年　月　日	継続
	標準報酬月額	千円		適用区分	ア・イ・ウ・エ・現役Ⅰ・現役Ⅱ		

健康保険　限度額適用認定証 交付申請書

被保険者欄						
健康保険証の記号・番号	記号　－　番号	事業所名				
氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　日			
住　所 電話番号 日中の連絡先	〒　－ 都道府県 TEL　（　）					

認定対象者欄						
対象者が被保険者本人の場合は療養予定期間のみ記入してください						
氏　名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日			
療養予定期間	令和　年　月 ～ 令和　年　月	認定証は左記の期間を有効期限とします。最長でも1年以内としてください。				

送付希望先	
上記被保険者欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合に記入してください	
住所 電話番号 日中の連絡先	〒　－ 都道府県 TEL　（　）
宛名	

申請代行者欄			
被保険者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	1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 （　）

備考	
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、この備考欄に記載してください。（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。）	

上記のとおり、限度額適用認定証の交付を申請します。

令和　年　月　日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付年月日

提出先　〒542-0061 大阪市中央区安堂寺町２－４－１４ 文健会館4階
関西文紙情報産業健康保険組合　TEL 06(6765)9212

この用紙はA4サイズにコピーまたは印刷してご使用ください。

裏面の注意事項を必ずお読みください

【注意事項】

1. 「健康保険限度額適用認定証」（以下、限度額適用認定証）は、入院などで窓口負担が高額になる場合にその支払額を高額療養費の負担限度額に軽減するためのものです。

70歳以上の方で、所得区分が「現役並みⅢ」（標準報酬月額が83万円以上）、「一般所得」（標準報酬月額が28万円未満）の方は、「健康保険高齢受給者証」で、窓口負担の限度額が分かりますので「限度額適用認定証」は必要ありません。

2. 市町村民税が非課税の低所得者の方が、窓口負担の軽減を受ける場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。

3. 「限度額適用認定証」の有効期限は最長でも発効月から1年となります。さらに高額な療養が継続する場合は、その時点で再度交付申請書をご提出ください。

4. 被保険者の住所以外のところに、「限度額適用認定証」の送付を希望する場合は、送付希望先欄を必ず記入してください。

5. 業務上・通勤災害により発生した傷病には、この「限度額適用認定証」の使用はもとより、健康保険で治療を受けることができません。

6. 第三者行為（交通事故・けんか等）による傷病の場合は、別途届出が必要になりますので、健康保険組合にご連絡をお願いします。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。