決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		―	事業所名称		
被保険者	氏名	印	生年月日	昭和・平成　年　月　日	
	住所	〒　―		電話　―　―	
認定証交付対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成　年　月　日	性別	男・女	
認定証送付先 (被保険者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。)	名称(世帯主名・医療機関名等)				
	住所	〒　―	電話　―　―		

被保険者住所と別のところに送付を希望する場合は、被保険者又は認定証交付対象者の身分確認書類(健康保険被保険者証・運転免許証・外国人登録証明書・在留カード・住民票・戸籍謄本などの写し)を添付してください。

◎ 被保険者印の押印を省略することはできません。必ず被保険者印を押印してください。

平成　　年　　月　　日

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。

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。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

【限度額適用認定証の申請における留意事項】

1. 「健康保険限度額適用認定証」(以下、「限度額適用認定証」)は、保険医療機関・保険薬局等の窓口での負担を軽減するためのものです。70歳以上の現役並みⅢの所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で保険医療機関、保険薬局等の窓口での負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。
   また、市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が保険医療機関、保険薬局等の窓口での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。
2. 申請書は、楷書で、指定の枠内に黒ボールペン又は黒インクで記入し、被保険者印を押印してください。
3. 限度額適用認定証を、被保険者の住所とは別のところに送付を希望する場合は、「認定証送付先」欄に送付先を記入し、身分確認書類を添付してください。
   例:　配偶者が出産のため里帰りし、配偶者の実家に限度額適用認定証の送付を希望する場合。
   【送付先名称】配偶者の実家の世帯主名　　【住所】配偶者の実家の住所
   ※当組合から発送する封書の宛名は、認定証交付対象者名になります。
4. 限度額適用認定証の発効年月日は、厚生労働省の通達により「申請を受付けた月の初日」と定められているため、**前月に遡っての発行はできません。**
   なお、申請受付日は、申請書の当組合到着日になります。
5. 健康保険の資格を喪失したとき、有効期限が切れたとき、限度額適用認定証が必要なくなったときは、必ず当組合まで限度額適用認定証を返納してください。
6. 限度額適用認定証発行時に、ご案内用紙「健康保険限度額適用認定証の送付について」を添付いたしますので、ご一読頂き、注意事項を守ってご使用ください。
7. マイナンバーが記載された書類を提出する場合は、記録の残る郵便書留等での送付をお願いします。