

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

様式第340号

令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記号・番号	—
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	事業所名称	
適用対象者	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	続柄	本人・配偶者・子・その他()
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	療養の種類	病気()・けが・その他() ※入院の理由が「けが」の場合「負傷届」が必要になります。
	入院外来等の別	入院・外来・調剤
	医療機関又は薬局の名称	☎ ()
被保険者の住所	(郵便番号) 〒	
	住所	
	電話番号	日中の連絡先 ☎ ()
上記住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先住所等	(郵便番号) 〒	
	住所	
	電話番号	日中の連絡先 ☎ ()
	氏名	
被保険者との関係	事業所担当者・親族()・その他()	

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。

組合 使用 欄	標準報酬月額	千円	ア・イ・ウ・エ 現役並Ⅱ・現役並Ⅰ
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
	申請回数	初回・2回目・3回目・継続中	
	有効期限	令和 年 月 日から 3・()ヵ月	
	送付年月日	送付	

受付年月日

70歳以上の方について

高齢受給者証の一部負担割合が2割の方、又は標準報酬月額が83万円以上の方は、高齢受給者証により自己負担の上限額が決まりますので、限度額適用認定証の申請は不要です。