

第一生命健康保険組合 御中

(市区町村民税の課税者用)

※住民税非課税者は申請書が異なります。

記入年月日	令和 年 月 日
所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)	
部	課
支社	営業オフィス
会社	

健康保険限度額適用認定申請書

※「マイナ保険証で受診する方」・「70歳以上で2割負担者及び月額83万円以上の方」は申請は不要です。(ただし、被保険者が住民税非課税者の場合は「健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書」が必要です)

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報		記号						番号							
被保険者	フリガナ氏名							適用対象者	フリガナ氏名					被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 _____ 都 道 市 区 府 県 郡											※原則、認定証は記入の住所ではなく【所属宛】に送付します(注7参照)		
緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合 (任意継続・特例退職者は自宅以外を希望する場合のみ記入)		<input type="checkbox"/> 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ)				<input type="checkbox"/> 下記指定住所に郵送(本人宛簡易書留のみ)				左記郵送を希望する理由		<input type="checkbox"/> 入院中(入院間近) <input type="checkbox"/> 休務中 <input type="checkbox"/> 自宅以外滞在中			
		〒 _____ 都 道 市 区 府 県 郡											※病院を指定する場合は必ず「病院名」と「号室」まで記入してください。		
日中の連絡先TEL		TEL ( )													
入院、通院開始年月日 (見込みで記入可)		令和 年 月 日						<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 ※紛失の場合は下記(注)4参照							

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。

- (注) 1. 健康保険組合到着日の属する月の1日が発効年月日となります。
2. 発行される認定証には有効期限が定められていますが、その期限後も引き続き認定証が必要な場合は再度申請をしてください。  
有効期限は発効年月日が8月以降の場合は翌年の8月末日迄となります。  
但し、上記期間中に健康保険の資格を喪失する場合は、資格喪失日の前日が有効期限となります。
3. 有効期限内に非課税者に該当した年は区分が変更となりますので再度申請が必要となります。
4. 有効期限内の認定証を紛失した場合は、こちらの申請書ではなく「健康保険資格確認書等発行申請書」を提出してください。
5. 有効期限内の認定証であれば、他の医療機関、院外調剤薬局でも繰り返し使用可能です。
6. **有効期限経過または資格喪失する場合は、認定証を必ず健康保険組合宛ご返却ください。**
7. 原則、認定証は所属宛に送付いたします。(但し、グループ会社の方は総務宛、任意継続・特例退職の方は自宅宛)

健 保 組 合 処 理 欄	常務理事	事務長	担当	検算	有効期限			支払確認	証送付年月日	入力年月日
					自 R 年 月 日	( )月分				
					至 R 年 8月 31日	支払未済確認済				

または資格喪失日、高齢受給者適用日前日まで