

交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
回収・減失届年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

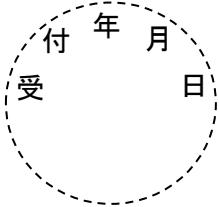
※健保使用欄				
常務理事	事務長	係員	係員	担当

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日 提出

被保険者	記号・番号		記号	番号			
	氏名		氏	名			
	生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日				
	住所		〒 -				
適用対象者	対象が被保険者の場合は記入不要	氏名	氏	名			
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
		続柄			性別	男・女	
	【入院】医療機関	名称			住所		
		入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)				
	【外来】医療機関	名称			住所		
		診療開始日	令和 年 月 日				
	傷病の原因は外傷性によるものですか？		はい・いいえ	はいの場合該当するものにチェック ☐ 交通事故(自損事故含む) ☐ ケンカ ☐ その他			
	国・市区町村の自己負担分に対する医療費助成(乳幼児・ひとり親等)を受けていますか？		はい・いいえ	はいの場合制度名を記入 ()			
	原則被保険者へ交付しますが、特に自宅等への送付を希望する事由がある場合は下記へ送付先をご記入ください。(医療機関へ直接送ることはできません)						
限度額認定証送付先 〒 - 住所 氏名 被保険者との続柄							

上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。



- 提出先(在籍者):本人 ⇒ 所属会社の社会保険事務担当者 ⇒ サクサ健康保険組合
- 提出先(任意継続被保険者):本人 ⇒ サクサ健康保険組合
- 提出期限:すみやかに
- 注意:適用対象者ごとに申請してください。
 - :外傷性の傷病については、「負傷原因の照会」を送付しますので回答ください。
 - :申請書受付月以前に遡っての発行はできません。
 - :申請のあった月に資格取得した方、被扶養者となった方は資格取得日からとなります。
 - :70歳以上の高齢受給者は高齢受給者証により受診となるため申請不要です。