

以下のいずれかに該当する場合、本申請手続きは必要ありません。

- ①マイナ保険証を持っている方  
本認定証の申請なしで窓口での支払いが限度額までとなります。
- ②70歳以上の方  
「高齢受給者証」の提示で窓口での支払いが限度額までとなります。  
(現役並み所得で区分がⅠ・Ⅱの方等、一部例外を除く)

健保組合 押印欄	常務理事	事務長		担当者

## 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

①～③の太枠内を誤りのないよう記入してください。

ユアサ健康保険組合 理事長 殿		申請日: 令和 年 月 日			
<b>限度額適用認定証の返納誓約</b> 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者がなくなったとき、有効期限に達したときはただちに健保組合へ返納いたします。					
<b>① 被保険者</b>	氏名 <small>自署の場合は印省略可</small>	Ⓜ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	事業所名 (会社名)			被保険者 記号-番号	-
	勤務先 住所	〒 - 部署名( ) TEL			
	居所 (現住所)	〒 - TEL			
申請できる期間は、最長で今年度末の3/31までです。延長を希望する場合は再度申請が必要です。					
<b>② 療養を受ける方</b>	対象者氏名	続柄 <small>本人・妻・長男等</small>		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	交付必要期間 (入院予定期間等)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	医療機関名称				
	医療機関住所				
交付必要期間が過ぎてから申請の場合、その理由を記入 (既に精算が終わっている場合は、自動還付となる為、申請不要。)				<input type="checkbox"/> 医療機関へ支払う医療費が未払いの為 <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>③ 送付先</b>	<input type="checkbox"/> ①に記入の勤務先への送付を希望 (被保険者以外への送付を希望する場合は部署名、氏名必須。) <input type="checkbox"/> ①に記入の自宅住所を希望 (健保組合から社内便で送付可能な事業所へは社内便を優先させることがあります。) <input type="checkbox"/> 下記への送付を希望 (医療機関への直接送付は対応できません。)				
	住所	〒 - TEL			
	宛名				
<b>④ 申請代行者</b>	被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。				
	氏名・印 <small>申請代行者は印必須</small>	Ⓜ		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事業所の健保組合担当者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他( )
	TEL			申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中のため <input type="checkbox"/> その他( )
<b>健保組合使用欄</b>	交付番号	健保組合受付印		健保組合確認印	
	No.				
	交付期間 ~				
		認定証回収日			