

年 月 日

サンケン電気健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書（70歳未満）

被保険者証記号番号		一	事業所の名称 任意継続被保険者の方は記入不要です。	
被保険者	氏名	印	生年月日	年 月 日
適用対象者 被保険者の場合は記入不要です。	氏名		生年月日	年 月 日
	被保険者との続柄		性別	男・女
被保険者（認定証適用対象者）の住所		〒	— TEL	
療養開始日（予定日）		新規（ 年 月 日 入院・外来・出産予定 ）・ 繼続		
入院・外来の原因		傷病・出産・外傷(第三者行為)・その他()		
※代行者が申請する場合の理由		入院中のため・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。

《注意事項》

- ① 被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
- ② 適用対象者ごとに申請してください。
- ③ 認定証の発行年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。
(申請のあった月に資格取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定期日となります)
- ④ 有効期限は発行日の属する月から1年以内の月末となります。
- ⑤ 70歳以上75歳未満の方は「高齢受給者証」を提示することで自己負担限度額までの支払となりますので、「限度額適用認定証」は必要ありません。
- ⑥ 有効期限が切れましたら、返却ください。
また、その後も必要な方は再度申請ください。
- ⑦ 下記の事由に該当した場合は、認定証を返納ください。
 - ・有効期限に達したとき
 - ・被保険者が資格喪失したとき
 - ・適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
 - ・被保険者が加入している保険者に変更があったとき
 - ・適用対象者が70歳に到達する月の翌月に至ったとき
 - ・適用対象者が後期高齢者医療制度の対象となったとき
 - ・標準報酬月額の変更により法定自己負担限度額が変わったとき

所得区分	健康保険組合受付				事業所	申請代行
ア・イ・ウ・ エ・オ・I・ II	常務理事	事務長	係員	係員	担当者	代行者
標準報酬月額						
千円						

2020.6