

※ いこの欄は記入しな いでください	常務理事	部長	課長	係	起案	令和 年 月 日	発効 区分
					決裁 (交付)	令和 年 月 日	
					発効日	令和 年 月 日	新規
					有効期限	令和 年 月 日	
	標準報酬月額	千円		適用区分	ア・イ・ウ・エ・現役Ⅰ・現役Ⅱ		継続

## 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者欄	健康保険証の記号・番号	記号	番号	事業所名					
	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所 電話番号 日中の連絡先	〒 - 都道府県 TEL ( )							

認定対象者欄	対象者が被保険者本人の場合は療養予定期間のみ記入してください								
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	

送付希望先	上記被保険者欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合に記入してください								
	住所 電話番号 日中の連絡先	〒 - 都道府県 TEL ( )							
	宛名								

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください								
	氏名				被保険者との関係				
	電話番号 日中の連絡先	TEL ( )			申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ( )			

備考									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり、限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

受付年月日

提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25 久我ビル南館8階  
大阪府木材健康保険組合 ☎ 06-6541-1481

FAX 06-6541-1468

裏面の注意事項を必ずお読みください

## 【注意事項】

1. 「健康保険限度額適用認定証」（以下、限度額適用認定証）は、入院などで窓口負担が高額になる場合にその支払額を高額療養費の負担限度額に軽減するためのものです。

70歳以上の方で、所得区分が「現役並みⅢ」（標準報酬月額が83万円以上）、「一般所得」（標準報酬月額が28万円未満）の方は、「健康保険高齢受給者証」で、窓口負担の限度額が分かりますので「限度額適用認定証」は必要ありません。

2. 市町村民税が非課税の低所得者の方が、窓口負担の軽減を受ける場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。
3. 「限度額適用認定証」の有効期限は最長でも発効月から3ヶ月となります。さらに高額な療養が継続する場合は、その時点で再度交付申請書をご提出ください。
4. 被保険者の住所以外のところに、「限度額適用認定証」の送付を希望する場合は、送付希望先欄を必ず記入してください。
5. 業務上・通勤災害により発生した傷病には、この「限度額適用認定証」の使用はもとより、健康保険で治療を受けることができません。
6. 第三者行為（交通事故・けんか等）による傷病の場合は、別途届出が必要になりますので、健康保険組合にご連絡をお願いします。