

例1：被扶養者の入院等に伴い、被保険者が事業所担当課経由で提出する場合  
(認定証の送付先は被保険者の自宅)

※直接入力用の場合、被保険者情報の☑と生年月日の元号の欄は、プルダウンメニューから選択できます。

経済産業関係法人健康保険組合  
健康保険 限度額適用認定 申請書

<留意事項>

- ① 申請にあたり別紙の「限度額適用認定証の申請について」をご確認ください。
- ② 認定証は、当組合が本申請書を受付した月の初日から有効となり、必要期間（1か月の自己負担額が限度額を超えることが見込まれる療養予定期間）に応じて有効期限が決まります。

下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。  
また、必要がなくなった場合は貴組合に返納します。

令和 5 年 4 月 5 日

被 保 険 者 情 報	記号	123	該当する場合は □ に ✓ を入れてください。		
	番号	4567	<input checked="" type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業所担当課に委任します。	
	氏名 生年月日	健保 太郎	昭和 平成	49 年 11 月 1 日	日
	連絡先	電話番号 080-1111-1111	メールアドレス taro@kenpo.ne.jp		

適 用 対 象 者	認定証の有効期間は最長6か月です。必要期間はその範囲内でご記入ください。 適用対象者（療養を受ける方）が被保険者の場合は、必要期間のみをご記入ください。				
	氏名 生年月日	健保 花子	昭和 平成 令和	46 年 1 月 1 日	日
	必要期間	4 月 24 日	～	5 月 末日	続柄 妻
	備考				

申 請 代 行 者	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		申請代行の理由

認 定 証 の 送 付 先	事業所担当課以外（自宅・実家・入院中の病室等）へ送付を希望する場合 にご記入ください。	
	住所	〒 150 - 0000 東京都 渋谷区 ●● 1-1-1 ●●マンション 101号室
	宛名	健保 太郎 様

受付日付印

例2：被保険者自身の入院等に伴い、申請書を当組合直送で提出する場合  
(認定証の送付先は事業所担当課を希望)

※直接入力用の場合、被保険者情報の☑と生年月日の元号の欄は、プルダウンメニューから選択できます。

経済産業関係法人健康保険組合  
健康保険 限度額適用認定 申請書

<留意事項>

- ① 申請にあたり別紙の「限度額適用認定証の申請について」をご確認ください。
- ② 認定証は、当組合が本申請書を受付した月の初日から有効となり、必要期間（1か月の自己負担額が限度額を超えることが見込まれる療養予定期間）に応じて有効期限が決まります。

下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。  
また、必要がなくなった場合は貴組合に返納します。

令和 5 年 4 月 5 日

被 保 険 者 情 報	記号	123	該当する場合は □ に ✓ を入れてください。	
	番号	4567	<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業所担当課に委任します。
	氏名 生年月日	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>	認定証の送付先は事業所担当課を希望します。
	連絡先	電話番号 080-1111-1111	メールアドレス taro@kenpo.ne.jp	昭和 49 年 11 月 1 日 平成

適 用 対 象 者	認定証の有効期間は最長6か月です。必要期間はその範囲内をご記入ください。 適用対象者（療養を受ける方）が被保険者の場合は、必要期間のみをご記入ください。			
	氏名 生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	必要期間	4 月 24 日	～	5 月 末日

「認定証の送付先は事業所担当課を希望します。」の□に✓を入れた場合、  
認定証は当組合の登録住所へ送付されるため、認定証の送付先欄は記入不要です。

※認定証は、担当課での受取又は担当課から被保険者等へ送付となりますので、事前に担当課へご確認ください。

行 者	電話番号		申請代行 の理由	

認 定 証 の 送 付 先	事業所担当課以外（自宅・実家・入院中の病室等）へ送付を希望する場合 にご記入ください。	
	住所	〒 - 記入不要です
	宛名	様

受付日付印

例3：被保険者の入院に伴い、家族が申請書を当組合直送で提出する場合  
(認定証の送付先は入院中の病室 ※事前に病院の許可を得てください。)

※直接入力用の場合、被保険者情報の☑と生年月日の元号の欄は、プルダウンメニューから選択できます。

経済産業関係法人健康保険組合  
健康保険 限度額適用認定 申請書

<留意事項>

- ① 申請にあたり別紙の「限度額適用認定証の申請について」をご確認ください。
- ② 認定証は、当組合が本申請書を受付した月の初日から有効となり、必要期間（1か月の自己負担額が限度額を超えることが見込まれる療養予定期間）に応じて有効期限が決まります。

下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。  
また、必要がなくなった場合は貴組合に返納します。

令和 5 年 4 月 5 日

被 保 険 者 情 報	記号	123	該当する場合は □ に ✓ を入れてください。			
	番号	4567	<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業所担当課に委任します。		
	氏名 生年月日	健保 太郎	<input type="checkbox"/>	認定証の送付先は事業所担当課を希望します。		
	連絡先	電話番号 080-1111-1111	メールアドレス taro@kenpo.ne.jp	昭和 平成 令和	49	年 11 月 1 日

適 用 対 象 者	認定証の有効期間は最長6か月です。必要期間はその範囲内でご記入ください。 適用対象者（療養を受ける方）が被保険者の場合は、必要期間のみをご記入ください。										
	氏名 生年月日				昭和 平成 令和	年	月	日			
	必要期間	4	月	24	日	～	5	月	末日	続柄	
	備考										

申 請 代 行 者	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	健保 花子	被保険者との関係	妻
	電話番号	080-2222-2222	申請代行の理由	被保険者が入院中のため

認 定 証 の 送 付 先	事業所担当課以外（自宅・実家・入院中の病室等）へ送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	〒 112 - 0000 東京都 文京区 ●●● 3-3-3 ●●●●医院 ●病棟 ●階 303号室 気付	
	宛名	健保 太郎 様	

受付日付印