

適用対象	① 70歳未満の方 (70歳の誕生日の前日が属する月の末日まで) ② 高齢受給者証の一部負担金の割合が3割で被保険者の標準報酬月額が28万円～79万円の方	常務理事	事務局長	課長		担当者

K12-1

**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 年 月 日

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

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 年 月 日 平成 令和		
	必要期間	月 日 ~ 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		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	〒 -
	宛名	様

~~~~~  
受付日付印