

## 【限度額適用認定証申請についての留意事項】

1. 有効期限は申請書受付日の属する月の1日から入院・外来（予定）年月日の属する月の月末になります。入院・外来（予定）年月日に基づいて定めますので、必ずご記入ください。ただし、厚生労働省の通達により『発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること』と定められているため、**前月に遡っての発行はできません**ので、ご注意ください。
2. 有効期限は発効日の属する月の1日から最長12月末日までの間で発行が可能です。なお、継続して発行をご希望の場合は、既に発行済みの認定証の返却がなされていないと新たに発行することはできませんので、**有効期限が過ぎた認定証は必ずご返却**ください。また、紛失等で返却が困難な場合は、「限度額適用認定証 滅失届・再交付申請書」を提出してください。
3. 被保険者または被扶養者が下記の事由に該当した場合は、速やかに認定証を返却してください。
  - ① 被保険者資格を喪失した場合。
  - ② 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
  - ③ 認定証の有効期限に達した場合。
  - ④ 被保険者が所得の変動等に伴い、適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。
  - ⑤ 適用対象者が70歳に達する月の翌日に至った場合。
  - ⑥ 適用対象者が後期高齢医療制度の対象者に該当した場合。
  - ⑦ 被保険者が加入している保険者に変更があった場合。
4. 業務外の病気やケガの治療を受ける場合に適用となります。業務上や通勤途上で発生した傷病には使用できませんのでご注意ください。
5. 外傷性の傷病（ケガまたはケガが原因の病気等）で認定証の発行を希望する場合は、申請の前に下記までご連絡ください。
6. **マイナ保険証を利用すれば、事前の手続なく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されません。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひ利用ください。**

# 《記入例》健康保険限度額適用認定証申請書

申請年月日 令和 1 年 5 月 5 日

被保険者欄	被保険者証 (右づめ)	記号 番号 1 0 0 - 9 8 7 6 5 4 3	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 3 5 年 1 2 月 2 5 日 <input type="checkbox"/> 平成
	被保険者名	(フリガナ) ケン 太郎 健保 太郎	勤務している事業所 名称 日清〇〇〇 所在地 東京都中央区日本橋蠣殻町1-10-7
	現住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] 都道府県 現在お住まいのご住所をご記入ください。	シャチハタ可
	電話番号	03 ( 5678 )	ご連絡の取れる電話番号

認定証交付対象者欄	該当するものを○で囲んでください。 <input checked="" type="radio"/> 新規 ・ <input type="radio"/> 継続				※すでに限度額適用認定証をお持ちの方で、有効期間満了以降も引き続き限度額適用認定証の交付が必要な場合は「継続」を○で囲んでください。			
	適用対象者 被保険者の場合は記入不要	氏名 健保 華子	続柄 妻	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 3 5 年 1 0 月 1 2 日 <input type="checkbox"/> 平成			
	入院・外来 (予定) 期間 または療養 (予定) 期間	※必ずご記入ください。 令和 0 1 年 0 5 月 1 5 日 ~ 令和 0 1 年 1 2 月 3 1 日			例の場合はR1.5.1~R1.12.31までの限証が発行されます。(最長1月1日~12月末日まで)			
	通院・入院 予定の病院名	病院名						
	所在地	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] 都道府県 病院の所在地						
病名・病状	概要で結構です。							

↓下記より必ず一つ選択し必要事項をご記入ください。

送付先	社内メール便 (事業所名)	下 神田本社・小網町のみ対応可。 選択し必要事項をご記入ください。	
	ご自宅	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] 都道府県	(部署名)
	その他	〒 1 2 3 - 0 4 5 6 埼玉 都道府県 〇〇市〇〇町1-2-3	宛名 日清 次郎 続柄 妻の父

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。

◆◆有効期限が過ぎた認定証は必ず

日清製粉健康保険組合使用欄

処理結果			
発効月日	令和	年	月 日
有効期限	令和	年	月 末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ		

常務理事	
------	--

被保険者(本人)または被扶養者(家族)以外に宛てて送付する場合は、例のように続柄をご記入ください。

社内メール便は貴重品発送可能地域(神田本社・小網町)以外は対応しておりません。上記以外で事業所に送付をご希望の場合は、「その他」に下記3点をご記入ください。