

健康保険 限度額適用認定証 交付決定決議書

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 伺年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 交付年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| |
|-------|
| 限度額区分 |
|-------|

| | | | |
|------|-----|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 係 |
| | | | |

限度額認定証の交付について決定します。

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|---|---|
| 標報月額 | | | | | | |
| | | | | | 十 | 円 |

健康保険 限度額適用認定申請書

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 確認欄 | この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 |
| <input type="checkbox"/> | ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 |
| <input type="checkbox"/> | ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。 |

令和 年 月 日 提出

| | | | | | | | | |
|---|--------------|-----------|----------|-----------------|----------|-------------------|-----|---|
| ①事業所名称 | | | | ②被保険者証 記号-番号 | | | | |
| ③被保険者氏名 | 性別 男・女 | ④生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | ⑤年齢 | 歳 | | |
| ⑥認定対象者が被扶養者の場合は その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄 | 氏名 | 性別 男・女 | 続柄 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| ⑦診療を受ける医療 機関名称及び住所 | 名称 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | |
| ⑧第三者行為（交通事故）・業務災害 | 該当 ・ 不該当 | ⑨診療区分 | 入院 ・ 外来 | | | | | |
| ⑩診療又は手当の期間 （限度額証の有効期限） | 令和 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | まで | ⑪公費 または マル福 | 該当 | |
| ⑪上記の期間に入院する 場合その期間 | 令和 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | まで | | 不該当 | |
| ⑬認定証の送付先 （希望する送付先を記入） | 住所 （〒 - ） | | （電話 ） | | | | | |
| 1. 自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。 | 氏名 | | | | | | | |

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(注意)

- 被保険者が市町村民税非課税(低所得者)の場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して下さい。
- 「限度額適用認定証」の有効期限は、申請を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。
- 「限度額認定証」の有効期限が切れた場合、すみやかに健康保険組合まで返納して下さい。

令和4年5月改訂版

交付No.

茨城県農協健康保険組合

健康保険 限度額適用認定証 交付決定決議書

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 伺年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 交付年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| |
|-------|
| 限度額区分 |
|-------|

| | | | |
|------|-----|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 係 |
| | | | |

限度額認定証の交付について決定します。

| |
|------|
| 標報月額 |
| 千円 |

健康保険 限度額適用認定申請書

記入例

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 確認欄 | この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 |
| | ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。 |

令和 4 年 5 月 9 日 提出

| | | | | | | | | |
|---|--------|----------------|-----------------|-----------|----------|-------------------|-------|---|
| ①事業所名称 | 〇〇〇連合会 | | ②被保険者証 記号-番号 | 110 | — | 22 | | |
| ③被保険者氏名 | 茨城 一郎 | 性別 (男・女) | ④生年月日 | 昭和 平成 | 2年2月20日 | ⑤年齢 | 32 | 歳 |
| ⑥認定対象者が被扶養者の場合は その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄 | 氏名 | 性別 男・女 | 続柄 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| ⑦診療を受ける医療 機関名称及び住所 | 名称 | 医療法人〇〇会 〇〇総合病院 | | | | | | |
| | 住所 | 水戸市梅香〇丁目〇番〇号 | | | | | | |
| ⑧第三者行為（交通事故）・業務災害 | 該当 | (不該当) | ⑨診療区分 | (入院) ・ 外来 | | | | |
| ⑩診療又は手当の期間 (限度額証の有効期限) | 令和 | 4年5月10日 | ～ | 4年6月30日 | まで | ⑫公費 または マル福 | 該当 | |
| ⑪上記の期間に入院する 場合その期間 | 令和 | 4年5月10日 | ～ | 4年5月20日 | まで | | (不該当) | |
| ⑬認定証の送付先 (希望する送付先を記入) | (〒 —) | | (電話 —) | | | | | |
| 1. 自宅 2. 事業所 ⑬ 来所 ※送付先に○を付けて下さい。 | 住所 | 氏名 | | | | | | |

○被保険者のマイナンバー記入欄

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

(注意)

- 被保険者が市町村民税非課税(低所得者)の場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して下さい。
- 「限度額適用認定証」の有効期限は、申請を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。
- 「限度額認定証」の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

令和4年5月改訂版

交付No.

茨城県農協健康保険組合