健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者情報						
被保険者等	記号		番号		氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
住所	〒　　－ TEL：　　（　　）					

認定対象者情報					
氏名				生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日 □ 令和
続柄		適用期間	□ 3か月 □ 6か月	認定証の送付先	□ 事業所経由被保険者あて □ 被保険者の住所あて □ その他（備考に送付先・宛名をご記入ください）
備考					

●マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
●被保険者が市区町村民税非課税の場合は『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。
●対象者が複数いる場合は、対象者ごとに申請してください。
●「※」欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※受付日付印

※決裁欄							
伺日	令和　年　月　日			常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和　年　月　日						
発効日	令和　年　月　日						
有効期限	令和　年　月　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ（標準報酬月額　　千円）				
備考							

(2024.12)

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者情報						
被保険者等	記号		番号		氏名	
住所	〒　　－ TEL：　　（　　）					
診療月が1月～7月 の場合　⇒「診療月 **前年** 1月1日時点」の **診療月が8月～12月** の場合　⇒「診療月 **当年** 1月1日時点」の					郵便番号	－
					住民票住所	都道府県　　市区町村

※認定にあたり非課税証明書添付省略のため、当組合ではマイナンバー活用により課税状況を確認いたします。

認定対象者情報					
氏名				生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
続柄		療養予定期間	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		
認定証の送付先	□ 事業所経由　□ 被保険者の住所あて　□ その他（備考に送付先・宛名をご記入ください）				
療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります。			□ はい □ いいえ	→	**「はい」**の場合は、下欄をご記入ください。
長期入院記入欄	申請を行った月以前1年間の入院日数合計		合計　　日間		
①	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名　称			
		所在地			
②	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名　称			
		所在地			
③	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名　称			
		所在地			
備考					

●マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

●「※」欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日 提出

※受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※決裁欄								
伺日	令和　年　月　日				常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和　年　月　日							
発効日	令和　年　月　日							
適用区分	オ　・　Ⅱ　・　Ⅰ（標準報酬　　千円）		備考					

(2024.12)

健康保険　限度額適用認定証返納不能届

被保険者情報						
被保険者等	記号		番号		氏名	
住所	〒　　－ TEL:　　（　　）					

対象者情報			
氏名		続柄	
生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日 □ 令和		
返納不能理由 （詳しく）			

●「※」欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日提出

※受付日付印

誓約書
限度額認定証を発見した時は、ただちに返納します。 令和　　年　　月　　日 被保険者名

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※決裁欄					
伺日	令和　　年　　月　　日	常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和　　年　　月　　日				
備考					

(2024.12)

健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者情報							
被保険者等	記号	900	番号	9999	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ノウギョウ　タロウ 農業　太郎	
住所	〒 123 ― 4567 群馬県前橋市●●町123番地　TEL：●●●（●●）●●●●						

認定対象者情報					
氏名	農業　花子			生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成　13 年　3　月　3　日 ☐ 令和
続柄	長女	適用期間	☑ 3か月 ☐ 6か月	認定証の送付先	☑ 事業所経由被保険者あて ☐ 被保険者の住所あて ☐ その他（備考に送付先・宛名をご記入ください）
備考					

●マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
●被保険者が市区町村民税非課税の場合は『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。
●対象者が複数いる場合は、対象者ごとに申請してください。
●「※」欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※受付日付印

※決裁欄							
伺日	令和　年　月　日			常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和　年　月　日						
発効日	令和　年　月　日						
有効期限	令和　年　月　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ（標準報酬月額　千円）				
備考							

(2024.12)

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書　記入例

被保険者情報						
被保険者等	記号	900	番号	9999	氏名	農業　太郎
住所	〒 123 ― 4567 群馬県前橋市●●町123番地　TEL：●●●（●●）●●●●					
診療月が1月～7月 の場合 ⇒「診療月 前年 1月1日時点」の 診療月が8月～12月 の場合 ⇒「診療月 当年 1月1日時点」の					郵便番号	123 ― 4567
					住民票住所	群馬 都道府県 前橋 市区町村

※認定にあたり非課税証明書添付省略のため、当組合ではマイナンバー活用により課税状況を確認いたします。

認定対象者情報				
氏名	農業　花子		生年月日	昭・平・令　13 年　3 月　3 日
続柄	二女	療養予定期間	令和　6 年　12 月 ～ 令和　7 年　1 月	
認定証の送付先	☑ 事業所経由　☐ 被保険者の住所あて　☐ その他（備考に送付先・宛名をご記入ください）			
療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります。			☐ はい ☑ いいえ → 「はい」の場合は、下欄をご記入ください。	

長期入院記入欄				
申請を行った月以前1年間の入院日数合計			合計　日間	
①	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
②	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
③	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
備考				

●マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

●「※」欄は記入しないでください。

令和　6　年　12　月　2　日 提出

※受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※決裁欄								
伺日	令和　年　月　日				常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和　年　月　日							
発効日	令和　年　月　日							
適用区分	オ ・ Ⅱ ・ Ⅰ（標準報酬　千円）			備考				

(2024.12)