

別紙のとおり、認定証を交付いたします。

伺 日：令和 年 月 日  
決 裁：令和 年 月 日  
送 付：令和 年 月 日

常務理事	事務長	部 長	次 長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定申請書

下記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 2 年 7 月 1 日

被 保 険 者	証記号番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	※健保使用欄 月額 _____ 千円 【ア・イ・ウ・エ・ 現役並みⅡ・現役並みⅠ】 〔認定期間〕 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	事業所名称	〇〇労働金庫	
	氏 名	健康 太郎 (健康)	
	生年月日	昭和 平成 59 年 9 月 10 日	
	住 所 電話番号	〒 101 - 0052 東京都千代田区神田小川町 〇 - 〇 - 〇 Tel. 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
	認定証の 希望送付先 〔番号に〇〕	1. 上記被保険者宛 2. 事業所宛 3. その他 (下記へ記入のこと) 〒 - 住所： 宛名：	

適用対象者 (認定証が必要な方)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象者を下記へ記入のこと)			
	氏 名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女
使用期間 (療養見込期間)	(最長1年間) 令和 2 年 7 月 10 日 ～ 令和 3 年 1 月 31 日			
療養を受ける原因	<input type="checkbox"/> ケガなどの外傷性によるもの ⇒ 「負傷原因届」の添付が必要 (初回申請時のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 外傷性以外 (内科的疾患など) によるもの			
備 考				

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

- ※1. この申請書は、医療機関等での窓口支払額を「自己負担限度額」までに済ませるための「認定証」を発行するものです。  
必要事項を記入して、認定証使用期間 (開始日) の3週間前を経過しましたら労金健保へ提出してください。
- ※2. 「認定証」の効力発生日は、厚生労働省の通達により労金健保が申請書を受理した日が属する月の1日と定められています。(遡及限度)  
\*このため申請遅延等の場合、前月以前に遡ることができません。
- ※3. 医療機関等窓口へ自己負担額の支払いを済ませた後に「認定証」を提示してもこの適用を受けられません。(原則として事前の窓口提示が必要)

受付日付印

【提出先・お問い合わせ先】 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階  
全国労働金庫健康保険組合 業務部 Tel. 03(5217)3162