

届出種別	
給	10-1

担当者	

健康保険 被保険者 家族 限度額適用認定申請書

標準報酬月額  
(健保使用欄)

千円

① 被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)		②被保険者の氏名		③生年月日	
記号 123	番号 456789	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年 〇月 〇日
④被保険者の現住所・連絡先		〒 234 - 5678 (日中連絡のとれる連絡先)TEL - - 東京都〇〇区△△1-2-3			
⑤認定対象者氏名(被保険者の場合は、記入不要)			⑥続柄	⑦生年月日	
健保 花子			妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 〇月 〇日
⑧療養が予定される期間(見込) (退院日が不明な場合でも必ず期間の終期を記入してください。)		令和 〇年 9月 ~ 令和 〇年 12月 (最長1年間)			
送付希望先	上記被保険者の住所とは別の場所に送付を希望する場合に記入してください。 ※病院への直送を希望される方は、事前に病院から了承を得てください。⇒ <input type="checkbox"/> 病院了承済				
	⑨住所	〒 - (日中連絡のとれる連絡先)TEL - -			
	⑩宛名				

申請代行者	被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。			
	⑪申請代行者の氏名		⑫被保険者との関係	
	⑬申請代行者の住所 および連絡先	〒 - (日中連絡のとれる連絡先)TEL - -		
	⑭申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他( )		

★提出先 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2 東京サンケイビル17階  
安田日本興亜健康保険組合 給付グループ宛

※お急ぎの方は、FAX(03-6214-3260)でも「申請書」を受け付けております。  
FAX送信後、原本の提出は不要です。

受付日付印

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。

※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。

※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

## <注意事項>

1. ⑤～⑦は、適用認定対象者が「家族」の場合のみ記入してください。
2. ⑧は、「限度額適用認定証」を必要とされる期間を記入してください。  
ただし、有効期間は最長「1年間」であり、それ以上の期間を必要とする場合は期限が切れる前に更新の手続き(再申請)をしてください。
3. 被保険者以外の方が申請する場合は、必ず「申請代行者」の欄(⑪～⑭)を記入してください。
4. 当組合への申請書の送付方法は、郵送または FAX 送信です。申請書受付後、5営業日以内にご希望の送付先に発送します。  
ただし、⑧の療養開始月が申請月の翌月以降となる場合は、直近の所得区分を確認してからの発行となるため、発送は、療養開始月の前月 15 日頃となります。
5. 記入事項を訂正した場合、その箇所に二重線を引き、サイン(もしくは訂正印)をしてください。

**有効期限切れまたは使用する必要がなくなった「限度額適用認定証」は、後日、当組合へ返却していただきますので、破棄等しないよう十分注意してください。**