課税者用

# 限度額適用認定証　交付申請書

被保険者等から転記

店番または経理コード

**記入欄**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等 | 記号 | 6 | 番号 | 123456 | 所属事業会社 | ｾﾌﾞﾝｲﾚﾌﾞﾝ・ｼﾞｬﾊﾟﾝ | 所属店部署名 | 新宿DO（ 900255 ） |
| | 氏名 | 健保　太郎 | | | | | 生年月日 | 昭・平 5年 12月 23日 |
| | 住所 | 〒 123－0000　電話：090（0000）0000<br>東京都千代田区二番町１－１ | | | | | | |
| 療養対象 | 氏名 | 健保　花子 | | | 生年月日 | 昭・平・令 2年 10月 2日 | 続柄 | 長女 |
| | 期間 | 令和 6年 5月頃 日～ 令和 年 月 日（新規・延長・再発行）<br>※ 日付が未定の場合は〇〇月頃とご記入ください。原則、月を遡っての対応はできません。<br>※ 原則7月末の有効期限で証を交付しています。8月以降も継続して必要な場合は再度申請してください。 | | | | | | |
| | 原因 | ケガ・病気・出産　※ 原因がケガの場合は別紙「受傷原因届」をご提出く | | | | | | |

入院等される方を記入

妻・長男等

自宅や携帯番号を記入

概ねの予定を記入

前の証の期限が切れた場合は「延長」、紛失した場合は「再発行」

**送付先**

希望する送付方法に☑してください。

☐ 社内メール　　店・部署名等：

宛　　名：

☑ 郵送　【 ☐ 自宅　☑病院　☐ その他（

※ 自宅を希望される場合は下記住所は省略できます。

※ 病院への送付を希望される方は先方で受け取っていただけない場合がありますので、事前に確認

宛名欄に病棟・部屋番号等もご記入ください。

〒123－0000　　電話：03（0000）0000

東京都新宿区河田町１－１

宛名：東京女子医科大学病院　東病棟　1234号室　健保花子宛て

ご実家にされる場合は旧姓、病院にされる場合は部屋番号等を記入。病院の場合は送付のタイミングで入院していないと受取っていただけない場合があります。必ず病院の了解をもらって下さい。

**同意**

☑ 私は限度額適用認定証交付申請書の提出を事業主へ印することを承諾します。また、健康保険組合に住民税の情報がない場合にマイナンバーの情報連携による情報照会に同意します。

※ 同意せず、住民税の情報がない方は非課税でも課税者として証の交付を行います。（証明書添付の場合を除く）

※ 標準報酬月額が53万円以上の方は住民税が非課税となっていても課税者の扱いとなります。

**【 注意事項等 】**

- 被保険者が市区町村民税非課税、もしくは標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の規定による要保護者となる方は非課税者用の申請書をご利用ください。
  ※ 療養対象者が非課税でも被保険者が課税の場合は課税として取り扱われます。。
  ※ 被保険者が非課税でも標準報酬月額が５３万円以上の方は課税者として取り扱われます。

- 限度額適用認定証は申請書受付後１～２日で発送いたします。