

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都道 府県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		<input type="checkbox"/> 平成			
	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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	療養目的： <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ 交通事故等第三者の行為によるケガの場合には 「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。				

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒 -)	都道 府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
	宛名					

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
※申請書受付日の前月以前に遡る発行はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名		印	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他	()

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間	
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	年 月 日まで 日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	年 月 日まで 日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	年 月 日まで 日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		

市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

- ◎ 非課税証明書は、以下のものが必要となります。
- 前年8月診療分～当年7月診療分 → 前年度の非課税証明書
- 当年8月診療分～翌年7月診療分 → 当年度の非課税証明書