

# 限度額適用認定証申請のポイント

申請書に記入漏れや誤り等があると、申請書をお返し、交付にお時間をいただくことになります。  
スムーズに交付するために、申請の際に、注意いただきたいポイントをお伝えします。

**!** 被保険者（お勤めのご本人）の住民税が「課税」か「非課税」かによって申請書の様式が異なります。  
申請書様式が異なると申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

## ● 被保険者の住民税が課税の場合

**限度額適用認定**申請書を提出してください。

記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

添付書類**不要**、マイナンバーの**記入不要**

## ● 被保険者の住民税が非課税の場合

**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。

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

マイナンバーの記載が必要な方については、記入の手引きをご確認ください。

## ■ 記入の際の注意点（共通）

被保険者証の (左づめ)	記号 21700023	番号 21	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010510
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ <b>協会 太郎</b>	協会	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒) 111-1111	栃木 宇都宮市	1-1-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1111) 1111		
療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名 <b>協会 花子</b>	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 26年10月1日	
療養予定期間 (申請期間)	令和 1年 11月 ~ 令和 年 月	申請月の初日から最長で1年間となります。	

### ❗ 記入誤り注意

認定証が必要な方がご家族の場合も、被保険者情報欄は、**お勤めされているご本人の情報をご記入**ください。

### 最長1年間有効の認定証を交付

- 申請書受付月より有効の認定証を交付しますので、日程に余裕をもってご提出ください。
- 有効期限が切れた場合、**自動更新はされません**ので、再度申請書をご提出ください。

**提出前に保険証の保険者名称を確認しましょう！**

「全国健康保険協会**栃木**支部」以外の場合は、加入の都道府県支部にご郵送ください。

健康保険 家族(被扶養者) 01111  
被保険者証 平成26年6月25日交付  
記号 21270023 番号 21  
氏名 キョウカイ タロウ  
協会 太郎  
生年月日 昭和 26年 10月 1日  
性別 女  
認定年月日 平成 26年 6月 1日  
被保険者氏名 協会 太郎  
事業所名称 ○○ 株式会社  
保険者番号 0112800115  
保険者名称 全国健康保険協会 **栃木** 支部  
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○番○○号