（様式番号51）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（202401 改訂）

シャープ健康保険組合

健康保険　限度額適用認定申請書（７０歳未満）

原則 紙の「限度額適用認定証」は不要となりましたので、ご記入の前に紙の「限度額適用認定証」が必要かどうか、医療機関や薬局に事前確認をお願いします。

事前確認と提出先		
	①マイナンバーカードを保険証登録している方 ------ マイナンバーカードの利用を申し出る ②マイナンバーカードを保険証登録していない方 ---- 健康保険証を提示のうえ、限度額区分の照会を依頼する	
	上記①または②のように申し出・依頼したが、紙の認定証の提出を求められた医療機関等を教えてください	＊事前確認された医療機関・薬局の名称を記入してください ●●総合病院、　●●薬局〇〇店

従業員：2000
任　継：100
特　退：1000

保険証の記号	保険証の番号(氏名C)	氏名	勤務地・所属名	日中の連絡先
2000	99999	健保　太郎	勤務地（ 堺 ） 〇〇事本　〇〇部	社内・直通（ 090 ）1111 － 2222
住所	〒 581 － 8585　大阪府八尾市北亀井町3－3－3			
被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者証の(記号)(番号)を記入した場合は不要です				

申請内容					
認定証が必要な方	氏　名　※本人の場合記入不要	性別	生年月日	年齢	
本人・家族	健保　花子	男・女	昭和・平成・令和　〇〇 年　6 月　1 日	43 歳	
使用開始日	2023 年　5 月　15 日（入院予定がある場合：2023 年　6 月から入院予定）				
ケガの場合 ※ケガに至った状況	例）自転車で転倒して骨折　自宅の階段から転落して捻挫　など 運動中に転倒しヒザの靭帯を断裂した			☐ ケガではない	
今回の傷病は、仕事中や通勤途中、または相手がいる事故・けんか（第三者行為）によるものですか	☐ 仕事中・通勤途中　☐ 第三者行為			☑ 該当しない	

送付先		
☑ 職場　・　☐ 上記本人住所　・　☐ 以下住所　※2 日程度で発送します。可能であれば、職場での受け取りにご協力ください。		
宛名	住所　〒　－　TEL　－　－	

代理申請者		
＊被保険者以外の方が申請される場合に記入ください		電話番号（日中の連絡先）
氏名：	（被保険者との関係：　）	－　－

【連絡事項等】
＊消せないペン（ボールペン等）で記入してください。本申請書は、通常 事業主（総務部）を経由して、健保組合へ提出ください。
　なお急ぎの場合は、直接健保組合へお申し出頂くことも可能です。下段をご確認ください。
　任意継続及び特例退職被保険者の方は健康保険組合へ提出してください。（所属名は記入不要です。）
＊個人情報は、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

受付日

【提出先・問い合わせ先】 シャープ健康保険組合　保険証・給付金担当
〒581-8585　大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号（東ゾーン福利厚生棟2F）
TEL:8-570-103749（内線）、050-5213-6592（外線）
FAX:06-6791-7309　　メールアドレス:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp

常務理事	課長		担当

健保記入欄

受付 No	発行期間	区分	送付先
	新規／長期　．　．　～　．　．	ア・イ・ウ・エ・オ	事業所・所属・自宅・病院・その他