

シャープ健康保険組合

### 健康保険限度額認定申請書 (非課税者用)

健康保険証に記載の番号  
分からないときは、氏名コード  
を記入してください

退職者の方は、記入不要です

健康保険証に記載の記号

現従業員：2000  
任意継続：100  
特例退職：1000

健康保険証の記号・番号  
健康保険証の記号・番号を記入すれば、記入不要  
本人または家族氏名  
性別  
年齢  
療養の区分  
使用開始(予定)日  
長期入院されましたか?  
※長期入院とは、申請月以前1年間に、すでに90日を超えて入院されていること  
です。但し、住民税が非課税の期間の入院に限ります。

年 月 日作成

被 保 険 者	健康保険証の記号・番号		被保険者 氏名		勤務地・所属名	
	記号	番号	健 保 太 郎		【勤務地： 堺 】	
	2000	XXXXXXXX			所属 ○○事業部○○部	
	個人番号		生年月日		内線	
上記の記号・番号を記入すれば、記入不要		[ 昭・平 ] XX年XX月XX日		X-XXXX-XXXXX		
現住所		〒 XXX-XXXX		TEL: XX-XXXX-XXXX		
		〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2-3				

認 定 対 象 者 欄	本人 または家族氏名	性別	年齢	療養の区分	使用開始(予定)日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 [ 花子 ]	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	40 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院及び通院	令和 XX年XX月XX日~ <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長
	長期入院されましたか? ※長期入院とは、申請月以前1年間に、すでに90日を超えて入院されていること です。但し、住民税が非課税の期間の入院に限ります。			<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	※はいの時は、次ページ 「長期入院欄」に記入 してください

質 問 欄	・傷病の内容は、どちらですか? <input type="checkbox"/> 病気 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ケガ	※ケガの場合は、負傷原因を記入してください 自宅の階段から落ちた	
	・傷病の原因は、第三者の行為(交通事故・けんか等)によるものですか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	・当該傷病は、業務上または通勤途上中によるものですか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

郵 送 先	*早急に「認定証」が必要な場合は、郵送先の住所・宛名をご記入ください。(退職者の方は自宅郵送となります)	
	住所	<input type="checkbox"/> 上記被保険者の現住所と同じ(下記住所の記入は不要) <input type="checkbox"/> 被保険者以外の住所
	電話番号	〒 - 日中の連絡先 TEL:
宛名		

健 保 の 記 入 欄	受付 No.	発効日	適用区分	食事減額	送付先							
		年 月 日	才	無・有	事業所・所属・自宅・病院・その他							
	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>課長</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	課長	担当					[備考欄] 新規・継続/長期療養 年 月 日~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 健保受付印
常務理事	事務長	課長	担当									

- 【留意事項】 1. 被保険者本人の「(非)課税証明書」を添付してください。  
2. 認定証の有効期間は、申請書の到着月から、非課税の適用期間満了日(直近の7月31日)までです。

【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(八尾事業所 事務棟3F)  
 〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3-1-72 TEL: 8-570-103749(内線)、050-5530-3927(直通)  
 E-Mail: [kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp](mailto:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp)

長期入院されている方は、以下に入院期間をご記入ください。  
提出時は、入院期間が分かる書類（領収書など）を添付してください。

※長期入院とは、「限度額適用認定証」の申請月以前1年間に、すでに90日を超えて入院をしていることです。  
但し、住民税が非課税の期間の入院に限ります。

		申請月前1年間の入院日数合計	〇〇	日間
長期 入院 欄	①	申請日前1年間の入院期間	××年××月××日～××年××月××日	〇〇日間
		入院した保険医療機関等	名称	〇〇市立病院
			所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	②	申請日前1年間の入院期間	年 月 日～ 年 月 日	日間
		入院した保険医療機関等	名称	
			所在地	
	③	申請日前1年間の入院期間	年 月 日～ 年 月 日	日間
		入院した保険医療機関等	名称	
			所在地	
	④	申請日前1年間の入院期間	年 月 日～ 年 月 日	日間
入院した保険医療機関等		名称		
		所在地		
⑤	申請日前1年間の入院期間	年 月 日～ 年 月 日	日間	
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		