

健康 使用欄	常務理事	事務長	担当	備考

事業所 担当 使用欄	認定証必要期間	認定証送付先	備考
	令和 年 月 ~ 3ヶ月	☐ 事業所 ☐ 被保険者記入の住所	

事業所担当者印

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
限度額認定証の事前申請は不要ですので、便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
				氏名	
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	事業所 名称	

療 養 を 受 け る 人	※ 対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません				
	フリガナ		生年月日	被保険者との続柄	
	氏名		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	

認定証の使用用途	☐ 外来 ☐ 入院	(入院の場合) 入院予定期間	月 日 ~ 月 日	☐ 不明
(事業所以外で受け取る場合) 認定証の送付先住所	〒 — —			☐ 被保険者の自宅 左記 住所は ☐ 適用対象者の自宅 ☐ 入院先医療機関

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。
有効期限に達したとき、被保険者の資格を喪失したとき、被扶養者でなくなったときは速やかに組合へ返納します。

受付日付印

令和 年 月 日

被保険者
(申請者) 氏名