

健康保険組合使用欄	常務理事	事務長	担当
-----------	------	-----	----

【認定証の有効期間】
申請した月の1日～3ヶ月間が基本です。「申請月の翌月～3ヶ月」等を希望する場合は、必ず「認定証必要期間」の欄に開始年月を記入してください。

【認定証送付先】
在職者（およびその被扶養者）分は、事業所経由での本人渡しが原則です。やむを得ない理由により事業所経由で渡すことができない場合は被保険者が指定する住所へ送付します。

事業所担当者記入欄	認定証必要期間	認定証送付先	備考
令和 〇年 7月	〇年 7月	〇年 7月	〇年 7月

事業所担当者印
担当

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

健康保険限度額適用認定申請書

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不要です。マイナンバーカードをぜひご利用ください。

事業所の健康担当者が必ず押印

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	フリガナ 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎
	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 〇年 1月 1日	事業所 名称 〇〇〇〇株式会社	

チェック項目は該当するものに✓

出向者は出向元を記入

療養を受ける人	フリガナ 氏名 ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 〇年 3月 1日	被保険者との続柄 長女
---------	--------------------------------	--	----------------

認定証を使用する人の情報を記入する

入院期間が定まっていない場合は不明に✓

認定証の使用用途	☐ 外来 ☒ 入院	(入院の場合) 入院予定期間 7月 15日 ~ 7月 18日	☐ 不明
(事業所以外で受け取る場合) 認定証の送付先住所	〒 XXXX - XXXX 〇〇県△△市〇〇〇町1-1 コーポ〇〇〇123号室		☒ 被保険者の自宅 左記住所は ☐ 入院先医療機関 ☐ その他()

- ・事業所以外で受け取る場合に記入する
- ・任意継続被保険者は必ず記入する

認定証の交付を申請いたします。

受付日付印

※健康組合使用欄

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。

令和 〇年 7月 1日

被保険者
(申請者) 氏名

健保 太郎