申請書記入例

※不要になりましたら必ず返却願います。
※紛失の場合は始末書等が必要です。
※使用予定期間は必ず記載してください。

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無くても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者等記号番号		記　号 11	番　号 9999			
被保険者	氏　名	昭和　太郎		事業所	名　称	○○○㈱
	生年月日	(昭和)平成　○○年　1月　1日			所在地	東京都千代田区○○
認定対象者	氏　名	昭和　太郎		生年月日	(昭和)平成令和	○○年　1月　1日
	被保険者との続柄	本人	性別 (男)・女	使用予定期間	年　月　日 ～ 年　月　日	
被保険者(認定対象者)の住所		〒 ○○○ －○○○○ 埼玉県○○市○○○町○丁目△番×号				

使用予定期間は申請日から年度内(4月～翌年3月)最長6ヶ月の範囲で記入(※)

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名		被保険者との関係	
	電話番号(日中の連絡先)	－　　－	申請代行の理由	□被保険者が入院中のため □その他(　　)

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。
なお、認定証の期間満了又は不要となった場合はご返却いたします。

※限度額適用認定証の有効期限は、自己負担限度額区分の基礎となる標準報酬月額が毎年9月に決定されるため、発効日以降最初の8月31日までとしております。

〒　　－ 事業所所在地 事業所名称 事業所氏名 事業所電話　　(　　)

【健康保険組合受付印】

常務理事	事務長	係	係