

(記入例)

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

マイナ保険証(健康保険証利用登録を行った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なくても限度額を超える支払いが免除されます。そのため、マイナ保険証の利用をおすすめします。
医療機関等から要求されたときは申請ください。

下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。 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者 の 情 報	被保険者証の 記号番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	会社名	〇〇株式会社
						所属	〇〇支店〇〇部
	従業員番号	〇〇〇〇				メールアドレス	〇〇@〇〇
	申請者氏名	健保 太郎				※申請者氏名は自署で記入してください。	
	被保険者住所	(〒)				日中連絡先(TEL)	03-〇〇〇〇-××××
被保険者の自宅住所をご記入ください							

認 定 対 象 者	氏 名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日
	入院または通院 予定期間	〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 日				

限 度 額 適 用 認 定 証 の 送 付 先	☐ 職場
	☐ 被保険者の情報に記入した住所
	☒ その他 ※宛名(様方・気付)が必要な場合はもれなくご記入ください。
	(〒) TEL: 住所 被保険者住所以外に送付を希望される場合は、宛名(様方・気付)等 もれなく記入してください。 宛名

■「被保険者」および「認定対象者」以外の方が申請する場合にご記入ください。押印は省略できません。

申 請 代 行 者 欄	氏 名	〇〇(株)〇〇部〇〇課 □□ △△ ※申請代行者名は自署で記入してください。	被 保 険 者 と の 関 係	☐ 総務・人事担当者 ☒ 上長
	日中連絡先(TEL)	03-〇〇〇〇-××××		☐ 家族 (続柄) ☐ その他 ()
			申 請 代 行 の 理 由	☒ 被保険者本人が入院中のため ☐ その他 ()

【注意事項】

- 健保受付日の月の初日から適用となります。(到着月以前の認定証は発行できません)
- 認定証の有効期間は、発行月1日から最長で1年です。
- ご不要となった認定証は有効期限にかかわらず、破棄せずに健保組合まで返却してください。
- 第三者行為(交通事故等)が原因の場合は、「第三者による傷病届」を提出してください。

《健保受付日付印》

健 保 記 入 欄	認定証交付日	年 月 日	常務理事	事務長	担当
	有効期限	年 月 日			
	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ			