常務理事	事務長		係員

健保組合使用欄

健康保険　限度額適用認定証　交付申請書

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。
※マイナ保険証を利用している方は申請不要です。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	○○○○ － ××××××		社員コード	○○○○○○○○
被保険者本人	フリガナ	ケンポ　タロウ	生年月日	昭・平・令　××年　××月　××日
	氏名	健保　太郎		
	住所	〒 ○○○-×××× 東京都○○区○○丁目○○番○○号		
	連絡先	自宅 または 携帯	○○○ － △△△△ － ××××	
		所属 内線 または 外線	8○○ － ×× － ×××	
認定証が必要な方	フリガナ	ケンポ　ハナコ	生年月日	昭・平・令　○○年　○○月　○○日
	氏名	健保　花子		
入院の場合	予定期間：　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日			
	病院名：			
★前月から希望される場合：　　月から必要　（原則 発効日は健保で申請を受けた日の月の1日となります）				
上記住所以外への送付希望先	〒			
国や地方自治体の医療助成をうけられていますか？			はい　・　いいえ	
労災・通勤災害または第三者行為による傷病ですか？			はい　・　いいえ	

はい　・　いいえ　いずれかを○で囲んでください

申請代理人	フリガナ		被保険者との関係	・配偶者 ・子 ・その他（　　）
	氏名			
	住所			
申請代理の理由	・被保険者が入院のため ・その他（　　）			

申請代行は、被保険者本人が申請できない場合に限ります。

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を

記入必須

記入日　令和 ○○　年 ○○ 月 ○○ 日

健保組合使用欄

06.12