

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では、限度額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ご利用下さい。

記入日	令和	年	月	日			
被保険者等 記号				番号			
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生						
被保険者住所	任意継続の方のみ記入してください 〒						

認定証の交付を受ける方

フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日生			被保険者との続柄() ※子の場合は、長男、次男のように記入
使用期間 ※最長3か月	令和 年 月 1日 ~ 令和 年 月 末日			※この認定証は使用期間終了後、返却してください。
下記の□に✓をしてください。(代行申請の場合、下部に詳細をご記入下さい。)				
<input type="checkbox"/> この申請は、被保険者が記入しました。				
<input type="checkbox"/> この申請は、被保険者の代行で記入しました。				
フリガナ 代行者氏名	(被保険者との関係：)			
代行者電話番号(日中の連絡先)				
申請代行の理由				

事業所確認	

以下は健保組合使用

受付印

常務理事	事務長	担当者