

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

便利なマイナンバーカードをご利用ください。

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

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

保険証の記号が「2000」の方はご記入ください。

認定証の交付を受ける方

フリガナ	ニッパツ ジロウ			被保険者との続柄(長男)
氏名	日発 次郎			※子の場合は、長男、次男のように記入
	昭(平) 令 ××年 ××月 ××日生			
使用期間 ※最長3か月	令和 ××年 ××月 1日 ~ 令和 ××年 ××月 末日			
下記の□に✓をしてください。(代行申請の場合、下部に詳細)				
<input checked="" 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	(被保険者との関係：)			
代行者氏名				
代行者電話番号(日中の連絡先)				
申請代行の理由				

使用期間をお知らせください。所得区分の変動を考慮し最長3か月となります。長期利用される場合は、別途健保組合までご連絡ください。

被保険者が記入できない場合に限り、代行申請する方についてご記入ください。

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