

# 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用

## 便利なマイナンバーカードをご利用

「資格情報のお知らせ」やマイナンバーカードでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

記入日	令和	××年	××月	××日
被保険者等 記号	9999		番号	999999
被保険者氏名	日発 太郎 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 〒 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 氏名	ニッパツ ジロウ 日発 次郎	被保険者との続柄( 長男 ) ※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	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。
下記の□に✓をしてください。(代行申請の場合、下部に詳細を		
<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 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)	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。	
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