

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		記号	番号
被 保 険 者	氏 名		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	氏 名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 性別 男・女
被 保 険 者 の 住 所		〒 —	
上記の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住 所	〒 —	
	宛 名	電話 ( )	
交付必要期間		年 月 ~ 年 月	
<small>※記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。</small>			

※	申請代行者	氏 名		被保険者との関係	
	申請代行者の住所		〒 —		
	申請代行の理由	氏 名	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他( )		

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。  
 ※申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付する場合にご記入ください。

上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。 令和 年 月 日提出

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 【健康保険組合処理欄】

決 裁			
常務理事	事務長	係 長	担当者

受付年月日

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 末
適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ