記 入 例

低所得者以外の者の申請用

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険の記号番号	記号	番号			
	●●	●●●			
被保険者 氏名	健保 太郎		事業所 名称	株式会社◇◇自動車	
被保険者 生年月日	(昭和)平成 61 年 10 月 22 日		事業所 所在地	広島市◇◇区◇－◇	
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	健保 花子		被保険者との続柄	妻	
認定証交付対象者 生年月日	(昭和)平成 令和 63 年 11 月 19 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	〒□□□－□□□□ 広島市南区○○1丁目2－3				
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 宛名	株式会社◇◇自動車	電話 082(×××)××××			
交付必要期間 ※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。	R7 年 6月 ～ R7 年 6月				

※	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

・健康保険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	次長	課長	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