

常務理事	事務長		係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の現況	被保険者等 記号・番号	記号	番号		
	被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	所属事業所			部署名	
	被保険者 住所	〒 電話 ()			
	認定証の 希望送付先	☐ 被保険者住所 ☐ 所属事業所 ☐ その他			
	希望送付先 住所	※被保険者住所以外への送付を希望の場合はご記入ください 〒			
適用対象者の現況	適用対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄	
	適用対象者 住所	※(被保険者住所と同じであれば記入不要です) 〒		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
外来・入院の別		☐ 外来 ・ ☐ 入院(入院期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日)			
交通事故など第三者行為による受診ですか？		☐ はい ・ ☐ いいえ ※受診される傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合は、認定証を使用することができません。事前に健保へご連絡ください。			

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。

*被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏 名		被保険者 との続柄	
	連絡先電話番号	TEL ()		
申請代行の理由				

注) *申請書が健保へ到着した日の属する月の1日が発効日となります。
*有効期限は、原則ご記入の期間となります。(最長3ヶ月)

※「健康保険限度額適用認定証」のご使用が終了しましたら必ずご返却ください。

備考欄	個人番号(被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	

令和 年 月 日提出
受付日付印

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日