

マイナ保険証(健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカード)に対応した医療機関等では、
限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。マイナ保険証をご利用ください。

健康保険 限度額適用認定申請書

健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所 名称
被保険者	フリガナ		生年月日
	氏名		昭和・平成 年 月 日
	住所 〒 -		
	電話番号(平日昼間の連絡先) - -		
認定証交付 対象者 ※被保険者の 場合は記入不要	フリガナ		生年月日
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日
	被保険者との続柄	性別	男・女
認定証 必要期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃まで		
認定証 受取方法 選択してください	<input type="checkbox"/> 社内受取(手渡し又は社内メール便) <input type="checkbox"/> 被保険者住所へ郵送(被保険者住所欄に記入した住所宛) <input type="checkbox"/> 被保険者住所以外へ郵送(下記を記入) 〒 - 宛名 電話番号(平日昼間の連絡先) - -		
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			

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

備考欄

健康保険組合処理欄

交付年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
発効年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ
有効期限	令和 年 月 日	適用区分	70歳以上 I・II

受付印

