

健康保険限度額適用認定申請書

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 | 被 保 険 者 証 記号 | | | | 番 号 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | |
| 適 用 対 象 者 | 事 業 所 名 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | 被 保 険 者 と の 続 柄 | | | |
| | 生 年 月 日 | 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 認 定 証 の 使 用 を 始 め る 日 | | 令 和 年 月 日 | | | | | | | 〔 入 院 の 場 合 は 入 院 日 外 来 の 場 合 は 使 用 を 始 め る 日 〕 | | | |

◎ 限度額適用認定証は有効期限内であれば、入院又は外来のどちらにも使用できます。

※ この申請書を健康保険組合で受付した月の初日から有効となる「限度額適用認定証」が交付されます。(受付した月に資格取得及び扶養認定されたときはその取得日)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(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 | |
|-----|--|

受付日付印

| | | | | | |
|--------|-------|------|-----|--|---|
| 受 付 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | 係 |
| | 年 月 日 | | | | |
| 交 付 | 年 月 日 | | | | |

| |
|--------------|
| <p>受付日付印</p> |
|--------------|