

# 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	健保 太郎			
	住 所	〇〇市〇〇町1-1			
	事 業 所 名	〇〇株式会社			
適 用 対 象 者	氏 名	健保 花子	被保険者 との続柄	妻	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日			
認定証の使用を始める日		令和 〇〇年 〇月 〇日 (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				

受付日付印
-------