

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナンバーカードの保険証利用を登録済みの
「限度額適用認定申請書」をご提出の前に、医療機関へご確認

申請書を提出する日付

オンライン資格確認に対応している医療機関では、マイナンバーカードを提示することにより、限度額の情報取得することができるため、限度額認定証の提出が不要になります。

加入者のみなさまには、認定証発行手続きの手間・時間を省くことができるメリットがあります。

登録をご検討ください。

保険証に記載の記号（3ケタ）・番号

被保険者

被保険者証の 記号 - 番号	記号 100	番号 123456	事業 所名	(出向者は出向元の会社名) ※出向者は現在勤務する会社ではなく、 出向元の会社名を記入してください。
被 保 険 者	氏 名	京葉 健太	所 属 部 署	(出向者は出向している会社の所属部署) ※現在勤務している部署を記入してください。
	生 年 月 日	50 年 5 月 15 日		

認定証交付対象者

認定証交付 対象者	氏 名	京葉 康子	被保険者との 続柄	妻
(被保険者の場合は 記入不要)	生 年 月 日	55 年 3 月 15 日	性別	男 ・ 女
認定証交付対象者の 住所及び連絡先	〒123-4567	〇〇市〇〇町1-2-3	※日中連絡可能な番号(携帯等) TEL	090 - 1234 - 5678
認定証の 送付先 ご希望の送付先に○	被保険者勤務先 勤務先総務(人事)ご担当者	〒 -	(※ご自宅、その他の場合ご記入ください)	
	被保険者ご自宅			
	その他			
証明が必要な期間 療養費が高額になる予定の 入院または通院期間	入院日	入院の場合	R6 年 5 月 20 日	
	期間		R6 年 5 月 ~ R6 年 6 月	
注 意 事 項	例は入院期間が5月20日~6月10日の場合、 退院後通院が想定される場合は入院から通院を含めた期間 通院のみの場合は想定される期間(最長1年)			までとなります。 してください。 していただく必要があります。

代行申請(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下さい)

申 請 代 行 者	氏 名	被保険者との 関係	
	連 絡 先	社名・所属部署等	事情により代理の方(事業所の担当者等) が申請する場合にご記入ください。
代 行 申 請 の 理 由	1 被保険者本人が入院中で外出ができないため。 2 その他 具体的理由:		

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。

【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
--------	----	------	-----------

受付印

確認印

常務理事	事務長	課長	係長	担当