| 常務理事 | 事務長 | | | 係 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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。
**便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。**

# 健康保険　限度額適用認定証交付申請書

（ 新規 ・ 更新 ・ 再交付 ）

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用 □

| 被保険者（申請者）情報 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号 ・ 番号 | 氏名 | | |
| ― | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>（氏） | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>（名） | |
| 住所 | | | 生年月日 |
| 〒　　― | | | 昭 ・ 平　　年　　月　　日 |
| 事業所 | 名称 | 所在地 | |
| | | 〒　　― | |
| | 所属 | （連絡先） ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など | |
| | | | |

| 適用対象者欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 認定証が必要な方の氏名 | | | 被保険者との続柄 | |
| 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | |
| 申請理由 | □ 1. 病気<br>2. 出産 →<br>3. ケガ | ケガの場合、仕事中または通退勤中のケガですか<br>※ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください | □ 1. はい<br>2. いいえ | |

| 希望送付先<br>※ご希望の送付先を指定してください | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | □ 上記被保険者住所に送付 | | | | |
| | □ 所属先に送付 | ※所属先の健保担当窓口経由で送付します。<br>所属は支社単位、本社所属窓口は管理室庶務課です | | | |
| | □ その他 | 宛名 | | 被保険者からみた続柄 | |
| | | 住所 | 〒　　― | | |

| 申請代行者欄<br>※本人が申請できない場合 | 氏名 | | 申請代行の理由 | □ 1. 被保険者が入院中のため<br>2. その他（　　） |
|---|---|---|---|---|

※ 認定証の発効日（使用開始日）は申請書を健康保険組合で受付した月の１日（健康保険加入月の場合は資格取得日）からです。
月末の申請の際は事前にご相談ください。

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。　　令和　　年　　月　　日

※健保使用欄

| 事業所 | 月額 | |
|---|---|---|
| | | |

受 付 印

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 | |
|---|---|