

健	常務理事	事務長		担 当
保				

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等 記号・番号	記号 番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください											
	000 — 000000		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
被保険者	氏 名	三菱 太郎		事業所	名 称	〇〇〇〇株式会社								
	生年月日	昭・平・令 00 年 00 月 00 日			所在地	〇〇県〇〇市××町 1								
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄		本人								
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		性 別		男 ・ 女								
被保険者（適用対象者）の住所			〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1											

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。

- * 限度額適用認定証の有効期限は最長 1 年間です。これを超える場合は再申請が必要となります。
- * マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することが、
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

【健保使用欄】

受付年月日

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ