

健康保険 限度額適用認定申請書

(マイナ保険証を利用される場合は、この用紙による事前申請は不要です)

【申請日】令和 年 月 日	受領月日	受領印	係	事務長	常務理事
---------------	------	-----	---	-----	------

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	氏名	(フリガナ)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 内線 ()
	会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。			

※任意継続被保険者の方は、本申請書と合せて保険証の写しを添付してください。

療養を受ける方(適用対象者欄)	※70才未満の方が対象です					
	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	適用対象者の住所	(〒 -)				
	認定証必要期間 (申請期間)	<input type="checkbox"/> 3ヵ月 <input type="checkbox"/> 半年(6ヵ月) <input type="checkbox"/> 1年(12ヵ月)	健保処理欄			
	※発効日は申請のあった月の初日となります。前月に遡っての発行はできません。 ※有効期限は最長1年間です。(上記未記入の場合は1年での発行となります)			発効年月日		
	傷病の原因は第三者の行為(交通事故など)によるものですか? ※相手がいる場合の傷病による受診について、保険証を使う場合は健保へ届出が別途必要です。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	有効期限	

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者(任意継続被保険者は除く)が申請出来ない場合にご記入ください。				
	事業所所在地	(〒 -)	申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中の為	
	事業所名称			<input type="checkbox"/> その他	
	事業主氏名			()	
電話番号	()				

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。

〔備考〕	受付日付印
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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)	

(2024.04)